MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

Brasília - DF
2009

26

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

VERSÃO PRELIMINAR

PUBLICAÇÃO EM FASE DE NORMALIZAÇÃO
NA EDITORA DO MS

Brasília – DF
2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

VERSÃO PRELIMINAR

PUBLICAÇÃO EM FASE DE NORMALIZAÇÃO
NA EDITORA DO MS

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Cadernos de Atenção Básica, n. 26

Este material é destinado prioritariamente
para as Equipes de Saúde da Família.
Deve ser conservado em
seu local de trabalho.

Brasília – DF
2009

© 2009 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem:

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-Sede, 6º andar
CEP: 70058-900 – Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-2898 ou 3315-2933 ou 3315-2553
Fax: (61) 3226-4340
E-mail: dab@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/dab

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
300 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 22)

ISBN XXX-XX-XXX-XXXX-X

1. Saúde pública. 2. Educação. 3. Políticas públicas. I. Título. II. Série.

CDU 373:614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2009/0539

Títulos para indexação:
Em inglês: Health on School
Em espanhol: Salud en la Escuela

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 9

CAPÍTULO 1 - DIREITOS, SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA: MARCOS LEGAIS E POLÍTICOS 11

Direito é direito, está na Declaração 11

Marcos referenciais internacionais 12

Marcos referenciais nacionais 12

CAPÍTULO 2 - O QUE OS ADOLESCENTES E OS JOVENS TÊM A VER COM DIREITOS, SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA 22

Marcos legais e políticos dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de adolescentes e jovens 22

CAPÍTULO 3 - A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE 26

CAPÍTULO 4 - HUMANIZAÇÃO E OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA: PONTOS-CHAVE NA ATENÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA 30

Discutindo um pouco mais sobre a relação terapêutica 33

A abordagem centrada na pessoa e a importância da escuta 36

Abordagem familiar 37

CAPÍTULO 5 - SEXUALIDADE E SAÚDE 39

Um pouco de história... 40

A sexualidade na infância 41

Masturbação 47

ABORDANDO A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA 49

Disfunções sexuais 51

Parafilias 54

CAPÍTULO 6 - ABORDANDO A SAÚDE REPRODUTIVA NA ATENÇÃO BÁSICA 57

Planejamento reprodutivo versus controle de natalidade 58

O papel da Atenção Básica 59

CAPÍTULO 8 - PROMOVENDO A SAÚDE SEXUAL E A SAÚDE REPRODUTIVA NA DIVERSIDADE 63

População de adolescentes e jovens 63

Panorama situacional da saúde sexual e da saúde reprodutiva dos adolescentes e jovens brasileiros 65

Gravidez na adolescência 66
Promovendo a saúde sexual e a saúde reprodutiva de adolescentes e jovens na Atenção Básica 67
População idosa 68
Disfunções sexuais na pessoa idosa 70
Disfunção erétil 70
Dispareunia 72
DST, HIV e Aids em pessoas idosas 72
A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa 73
População negra 74
A situação de saúde da população negra e os seus determinantes sociais de saúde 75
Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva da população negra 78
População de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT 79
Promoção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de LGBT 82
População indígena 84
Prostitutas e outras pessoas que exercem a prostituição 98
Pessoas em situação de prisão 105
O desafio da atenção aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos em âmbito prisional 106
CAPÍTULO 9 - PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA 109
CAPÍTULO 10 - FALANDO SOBRE ANTICONCEPÇÃO 112
Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS/2006: dados sobre atividade sexual e anticoncepção 112
CAPÍTULO 11 - MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS 132
Introdução 132
Escolhendo o método anticoncepcional 135
Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV . 137
Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais 138
Métodos hormonais 139
Anticoncepcionais hormonais orais apenas de progestogênio – minipílulas 152
Anticoncepcional hormonal injetável 160
Implantes subcutâneos 174

Métodos de barreira 178
Condom ou preservativo ou camisinha masculina 179
Condom ou preservativo ou camisinha feminina 182
Diafragma 185
Espermaticidas 189
Dispositivo intrauterino – DIU 191
DIU com levonorgestrel – SIU-LNG-20 207
Métodos comportamentais 218
Tabela ou calendário ou ritmo – Ogino-Knaus 220
Curva térmica basal ou de temperatura 222
Muco cervical – Billings 225
Método dos dias fixos ou método do colar 229
Método da lactação e amenorreia – LAM 232
Métodos cirúrgicos 234
Laqueadura tubária 235
Vasectomia 238
Anticoncepção de emergência 241
CAPÍTULO 12 - FALANDO SOBRE CONCEPÇÃO E INFERTILIDADE 247
Infertilidade 249
Abordagem da infertilidade na Atenção Básica 250
Exame físico 252
Exames complementares 253
CAPÍTULO 13 - ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL 257
Aspectos éticos e legais 259
Alguns conceitos importantes relacionados à violência doméstica e sexual 261
Atenção à vítima de violência doméstica e sexual 263
Gravidez decorrente de violência sexual 274
Notificação dos casos de violência 274
Rede de atenção, apoio e proteção 274
REFERÊNCIAS 276
ANEXOS 290

APRESENTAÇÃO

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde. Deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

Desenvolver esse trabalho não é tarefa simples, tendo em vista a alta complexidade que envolve o cuidado dos indivíduos e famílias inseridos em contextos diversos, onde é imprescindível realizar abordagens que considerem os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde.

Isso exige uma nova postura e qualificação profissional, com enfoque não só para o indivíduo, mas também para a família e a comunidade, lembrando que, no contexto atual, as famílias assumem diferentes conformações, não apenas aquela de grupo nuclear específico, formado por pai, mãe e filhos. Além disso, é importante compreender a família também como um espaço emocional e social, onde podem se reproduzir as mais diversas formas de relações da sociedade.

Contextualizando a priorização da saúde sexual e da saúde reprodutiva na Atenção Básica, vale ressaltar que entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos na Conferência do Milênio, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2000, quatro possuem relação direta com a saúde sexual e com a saúde reprodutiva: a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; e a redução da mortalidade infantil.

No Brasil, o Pacto pela Saúde, firmado entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 2006, também inclui, entre as suas prioridades, algumas que possuem pontos de correlação com a saúde sexual e com a saúde reprodutiva: redução da mortalidade infantil e materna, controle do câncer de colo de útero e da mama, saúde do idoso, promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Em 2007, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, no qual uma das medidas propostas é a expansão das ações de planejamento familiar.

A atenção em planejamento familiar implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada.

Observa-se, no entanto, que as ações voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas mais na saúde reprodutiva, tendo

como alvo a mulher adulta, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama.

É preciso ampliar a abordagem para outras dimensões que contemplem a saúde sexual em diferentes momentos do ciclo de vida e também para promover o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens.

Em geral, os profissionais de saúde sentem dificuldades de abordar os aspectos relacionados à saúde sexual. Trata-se de uma questão que levanta polêmicas, na medida em que a compreensão da sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus.

O Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva buscou abordar a saúde sexual como essencial para a qualidade de vida e de saúde das pessoas e o papel fundamental que as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família têm na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva.

Ressalta-se, ainda, que o Ministério da Saúde vem atuando em diversas frentes para assegurar que as políticas de saúde estejam em consonância com as diretrizes de promoção da igualdade racial, étnica, de gênero, de geração e de orientação sexual. Na perspectiva de enfrentamento a toda forma de discriminação, muitas ações afirmativas vêm se desenvolvendo no sentido de buscar concretizar o princípio da equidade no SUS. Nesse sentido, este Caderno também apresenta uma abordagem específica para alguns grupos populacionais.

Esta publicação tem a finalidade de oferecer orientações técnicas para a atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

Ministério da Saúde

CAPÍTULO 1

DIREITOS, SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA: MARCOS LEGAIS E POLÍTICOS

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Os direitos, a saúde sexual e a saúde reprodutiva são conceitos desenvolvidos recentemente e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos.

Direito é direito, está na Declaração...

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada no ano de 1948, a comunidade internacional, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), vem firmando uma série de convenções internacionais nas quais são estabelecidos estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle que garantam um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados Direitos Humanos.

Os Direitos Humanos inscrevem-se no conjunto dos direitos sociais e surgem como uma resposta aos horrores ocorridos na Segunda Guerra Mundial. O pressuposto é que os Direitos Humanos são universais, inerentes à condição de pessoa, e não relativos a peculiaridades sociais e culturais de uma dada sociedade (VILLELA; ARILHA, 2003).

O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são considerados Direitos Humanos fundamentais. Respeitá-los é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual. Para que exista a igualdade de direitos, é preciso respeito às diferenças. Não existe um direito mais importante que o outro. Para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia do conjunto dos Direitos Humanos.

Nas duas últimas décadas, registraram-se grandes avanços na legislação internacional e nacional sobre as dimensões da reprodução e da sexualidade como Direitos Humanos e de cidadania.

A concretização, por meio das políticas públicas, dos princípios de igualdade, respeito às diferenças, promoção do pleno exercício da cidadania é um desafio para os governos dos países que se pautam pelos novos marcos teóricos, políticos e jurídicos no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.

Marcos referenciais internacionais

Entre os marcos referenciais internacionais que definem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, destacam-se duas conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU):

1. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, que conferiu um papel primordial à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, abandonando a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano. A CIPD levou em consideração, no debate sobre população e desenvolvimento, as questões sobre a mulher – desigualdades de gênero – meio ambiente e os Direitos Humanos. Estabeleceu acordos internacionais que foram assumidos por 179 países.

2. IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, Pequim, em 1995, em que se reafirmaram os acordos estabelecidos no Cairo e avançou-se na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos.

Nos primórdios dos estudos sobre demografia, os direitos individuais não eram preocupações incorporadas na análise do problema populacional e as questões sexual e reprodutiva estavam confinadas ao mundo doméstico e privado, não sendo objeto de políticas públicas (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

Nas décadas de 1950 e 1960, quando foi difundido o medo da "explosão populacional", os formuladores de políticas passaram a defender a disseminação de métodos anticoncepcionais, mesmo que contrariando os interesses individuais. Nesse contexto, os movimentos feministas sempre colocaram como pontos fundamentais o direito de escolha e a liberdade de decisão das mulheres nos assuntos sexuais e reprodutivos (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

Na década de 90 do século XX, a confluência de um ambiente macroeconômico e político favorável e a presença ativa de representantes dos movimentos feministas, ambientalistas e de Direitos Humanos possibilitaram que os avanços teórico-conceituais fossem transformados em princípios assumidos pela Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

No capítulo VII, parágrafo 7.3, do Programa de Ação do Cairo, os direitos reprodutivos estão definidos da seguinte forma:

> Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer,

> e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (NACIONES UNIDAS, 1995).

Com relação à saúde reprodutiva, a CIPD ampliou e ratificou o conceito de saúde reprodutiva definido em 1988 pela Organização Mundial da Saúde (OMS):

> A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2).

O conceito de direitos sexuais tem uma história distinta e mais recente. Sua formulação inicial se dá nos anos 90, no âmbito dos movimentos gay e lésbico europeus e norte-americanos, produzindo-se, em seguida, uma sinergia com os segmentos dos movimentos feministas. No Programa do Cairo, a expressão direitos sexuais não consta no documento final, entretanto, o texto inclui de modo explícito o conceito de "saúde sexual", adotando a definição da OMS para a "saúde sexual" como parte integrante da saúde reprodutiva (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006; CORRÊA; ÁVILA, 2003; PETCHESKY, 1999).

Em 1995, a Plataforma de Ação, elaborada na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, avançou alguns passos no sentido de formular um conceito relativo aos direitos sexuais, como parte dos princípios dos Direitos Humanos, tendo redigido, em seu parágrafo 96, o seguinte:

> Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsavelmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências.

Muitos avanços já foram conseguidos no sentido de assegurar que as pessoas de todas as orientações sexuais e identidades de gênero possam viver com a mesma dignidade e respeito a que todas as pessoas têm direito.

A Comissão Internacional de Juristas e o Serviço Internacional de Direitos Humanos, em nome de uma coalizão de organizações de Direitos Humanos, realizaram um projeto com o objetivo de desenvolver um conjunto de princípios jurídicos sobre a aplicação da legislação internacional às violações de Direitos Humanos com base na orientação sexual e identidade de gênero, no sentido de dar mais clareza e coerência às obrigações de Direitos Humanos dos estados. Esses princípios ficaram conhecidos como **Princípios de Yogyakarta** (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007; REUNIÃO DE ESPECIALISTAS..., 2006).

Depois de uma reunião realizada na Universidade Gadjah Mada, em Yogyakarta, Indonésia, entre 6 e 9 de novembro de 2006, 29 eminentes especialistas de 25 países adotaram por unanimidade os **Princípios de Yogyakarta sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em Relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero** (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007; REUNIÃO DE ESPECIALISTAS..., 2006).

Em 2006, a ONU adotou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, para promover, defender e garantir condições de vida com dignidade para as pessoas que têm alguma incapacidade ou deficiência. Entre os seus princípios estão a liberdade de fazer as próprias escolhas, a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade, a igualdade entre homens e mulheres. Explicita, também, a necessidade dos estados incluírem em seus programas de saúde pública a assistência na área de saúde sexual e reprodutiva às pessoas com deficiência. Em julho

de 2008, o texto da Convenção e seu protocolo facultativo foram incluídos como parte da Constituição Nacional.

A ideia de direitos sexuais implica, portanto, a aceitação dos diferentes tipos de expressão sexual, a autonomia para tomar decisões sobre o uso do próprio corpo e a igualdade de gênero (VILLELA; ARILHA, 2003; PETCHESKY, 1999).

O HERA (*Health, Empowerment, Rights and Accountability* – Saúde, Empoderamento[1], Direitos e Responsabilidade), grupo internacional formado por mulheres que atuam no campo da saúde, desenvolvendo um trabalho de escopo mundial para garantir a implementação dos acordos estabelecidos na CIPD e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, define saúde sexual da seguinte forma:

> A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (HERA, 1999 apud CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 45).

A partir de todo esse movimento em prol dos direitos, da saúde sexual e da saúde reprodutiva, encontram-se entre os **direitos reprodutivos**:

- O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
- O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

---

[1] Empoderamento é a tradução não dicionarizada do termo inglês empowerment. Significa o processo pelo qual as pessoas ganham poder interior para expressar e defender seus direitos, ampliar sua autoconfiança, identidade própria e autoestima e, sobretudo, exercer controle sobre suas relações pessoais e sociais. Empoderamento, portanto, na perspectiva feminista é um poder que afirma, reconhece e valoriza as mulheres.

E entre os **direitos sexuais**:

- O direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a).
- O direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
- O direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- O direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- O direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
- O direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade.
- O direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução.
- O direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids.
- O direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação.
- O direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Vale notar que a sexualidade é uma importante dimensão da vida, abrangendo aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e históricos. Não se restringe à meta reprodutiva, sendo constitutiva das relações amorosas e do laço afetivo entre as pessoas.

Apesar de os direitos sexuais e direitos reprodutivos terem sido formalizados no contexto das Conferências das Nações Unidas como concernentes ao planejamento familiar e ao enfrentamento da violência sexual contra as mulheres, há atualmente discursos críticos que reconhecem a necessidade de explicitamente afirmar a universalidade desses direitos.

O fato é que há distintos grupos populacionais que têm seus direitos humanos violados em função da sexualidade, tais como lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais, bem como pessoas que exercem a prostituição e pessoas que vivem com HIV/Aids. Ainda há grupos aos quais erroneamente se supõe o não exercício da sexualidade, como é o caso das pessoas idosas, pessoas com deficiência; e outros para os quais se supõe a impertinência na reprodução, como é o caso das pessoas com deficiência, em situação de prisão, adolescentes e pessoas com orientações sexuais não heterossexuais.

O reconhecimento da universalidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos é fundamental para a qualificação da proposição de políticas públicas que contemplem as especificidades dos diversos segmentos da população. A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos, que devem ser garantidos pelo Estado, mediante ações e estratégias que promovam o compromisso e responsabilidade dos cidadãos com seu exercício de modo responsável e mediante condições saudáveis e libertas de riscos.

A equidade entre homens e mulheres é fundamental para tornar realidade os Direitos Humanos.

Para iniciar essa discussão, é fundamental compreender sexo e gênero como conceitos distintos.

Sexo refere-se a um conjunto de características genotípicas e biológicas. Gênero é um conceito que se refere a um sistema de atributos sociais – papéis, crenças, atitudes e relações entre mulheres e homens – os quais não são determinados pela biologia, mas pelo contexto social, político e econômico, e que contribuem para orientar o sentido do que é ser homem ou ser mulher numa dada sociedade. Portanto, o gênero é uma construção social e histórica. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais.

LEMBRE-SE

SEXO refere-se a um conjunto de características genotípicas e biológicas; e GÊNERO é uma construção social e histórica. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais.

Os programas de ação propostos nas Conferências do Cairo e de Beijing enfatizam a necessidade de se promover a igualdade entre homens e mulheres como requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida. Exortam, também, os governos a propiciarem aos adolescentes informações e serviços adequados para atenção à sua saúde sexual e saúde reprodutiva e enfatizam a necessidade de se promover o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens, adultos e adolescentes, nas questões referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Para o pleno desenvolvimento de homens e mulheres, é importante a construção de parcerias igualitárias, baseadas no respeito entre os parceiros e em responsabilidades compartilhadas. Portanto, é fundamental o envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável, à prevenção de gestações não desejadas ou

de alto risco, à prevenção das DST/HIV/Aids, dividindo também com as mulheres as responsabilidades no cuidado dos filhos e na vida doméstica.

Nessas conferências, os governos de vários países, entre os quais se inclui o Brasil, assumiram o compromisso de se pautarem nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos para definição de políticas e programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive no que se refere aos programas de planejamento reprodutivo.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

Ainda, em âmbito internacional, por ter reflexo na saúde sexual e na saúde reprodutiva, cabe destacar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro de 2000, promoveu a Conferência do Milênio, da qual participaram 189 países, entre eles o Brasil, que assinaram a Declaração do Milênio, a qual estabeleceu um conjunto de oito objetivos para o desenvolvimento sustentável dos povos e a erradicação da pobreza e da fome, os chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Os oito objetivos definidos na Conferência do Milênio, e que devem ser atingidos, em sua maioria, num período de 25 anos (entre 1990 e 2015), são:

- A erradicação da pobreza e da fome.
- A universalização do acesso à educação básica.
- A promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres.
- A redução da mortalidade infantil.
- A melhoria da saúde materna.
- O combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças.
- A promoção da sustentabilidade ambiental.
- O desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento.

Desses oito objetivos, quatro têm relação direta com a saúde sexual e a saúde reprodutiva: a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; e a redução da mortalidade infantil.

MARCOS REFERENCIAIS NACIONAIS

Em âmbito nacional, como marcos referenciais em relação aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, destacam-se:

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM/MS/1984.
- Constituição Federal de 1988.

- Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/MS/2004.
- Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos/MS/2005.

Anteriormente a esses referenciais, destaca-se que, na década de 60, diversas entidades de caráter privado, voltadas para o controle da natalidade, iniciaram sua atuação no Brasil, financiadas por agências internacionais que tinham o interesse em reduzir o crescimento populacional no País. Ao mesmo tempo, verificava-se atuação quase inexistente do setor público no campo do planejamento reprodutivo. O enfoque da assistência era o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2002).

Nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, mas os programas implementados ainda voltavam-se exclusivamente para a assistência aos aspectos referentes à gestação e ao parto.

Em 1984, o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**, que foi elaborado com a colaboração de representantes de grupos feministas, gestores estaduais e pesquisadores das universidades. Esse programa constitui-se em marco histórico, pois incorporou o ideário feminista na atenção à saúde da mulher, introduzindo novo enfoque nas políticas públicas de saúde voltadas para essa população. Centralizado na integralidade e na equidade das ações, o PAISM propunha uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, e não apenas no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 1984, 2002b, 2002c, 2004b).

Esse programa significou um avanço em termos de direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, entretanto, enfrentou dificuldades políticas, financeiras e operacionais para sua implementação, que impediram que se concretizasse de forma efetiva no cotidiano da atenção à saúde da mulher.

A **Constituição Federal**, promulgada em 5 de outubro de 1988, inclui no Título VIII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos:

> Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

A **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece em seu art. 2º:

> Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.
>
> Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico (BRASIL, 1996).

Determina a mesma Lei, em seu art. 9º, que:

> Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996).

Portanto, as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir a atenção integral à saúde que inclua a assistência à concepção e à contracepção.

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres e com os gestores do SUS. Essa política reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Enfatiza a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004b).

Em 22 de março de 2005, o Ministério da Saúde lançou a **Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos** (BRASIL, 2005d). Entre as diretrizes e ações propostas por essa política estão: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários(as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento; entre outras ações.

Em 2007, o governo federal lançou o **Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)**, que busca aliar o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equi-

dade social. A saúde constitui-se um dos campos de atuação fundamental do PAC e, nesse sentido, o Ministério da Saúde elaborou o **Programa Mais Saúde: Direito de Todos**, que objetiva, numa perspectiva abrangente, aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS, num contexto contemporâneo, agregando novos desafios e dimensões para que os objetivos de universalidade, equidade e integralidade possam se concretizar. O programa contempla 73 medidas e 165 metas. Entre as medidas do eixo promoção da saúde, encontra-se a expansão das ações de planejamento familiar (BRASIL, 2008b).

Os direitos, a saúde sexual e a saúde reprodutiva estão, portanto, na pauta governamental. Além disso, a implementação das diretrizes preconizadas pela Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos tem sido demanda crescente da sociedade e vem sendo monitorada pela sociedade civil organizada.

Diante das conquistas legais e políticas enfocadas neste capítulo, os/as gestores(as) e os(as) profissionais de saúde têm papel fundamental no sentido de conhecê-las e torná-las uma realidade no planejamento e na prática de atenção à saúde.

CAPÍTULO 2

O QUE OS ADOLESCENTES E OS JOVENS TÊM A VER COM DIREITOS, SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

A adolescência e a juventude são etapas fundamentais do desenvolvimento humano, assim como as demais etapas da vida. Esse grupo populacional precisa ter assegurados seus Direitos Humanos fundamentais.

Nas duas últimas décadas, houve grandes avanços na legislação e nas políticas internacionais e nacionais sobre a compreensão dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como Direitos Humanos, incluindo-se, também, os adolescentes e os jovens como sujeitos desses direitos.

MARCOS LEGAIS E POLÍTICOS DOS DIREITOS SEXUAIS E DOS DIREITOS REPRODUTIVOS DE ADOLESCENTES E JOVENS

A **Constituição Brasileira de 1988** reconheceu, no seu art. 227, crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, modificando toda uma legislação anterior que considerava meninos e meninas como propriedades dos seus pais.

Outro marco fundamental é a **Convenção sobre os Direitos da Criança**, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989. A convenção em questão significou uma importante mudança de paradigma para a proteção da infância e da adolescência, reconhecendo crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e não objetos de intervenção do Estado, da família ou da sociedade.

Em consonância com essa mudança de paradigma, em 1989, o Ministério da Saúde criou o **Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD)**, para a faixa etária de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias. Entre as áreas prioritárias desse programa encontravam-se a saúde sexual e a saúde reprodutiva.

No Brasil, entre os principais avanços legais que norteiam a atenção à saúde de adolescentes, destaca-se a aprovação do **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**, em 1990, que regulamenta o art. 227 da Constituição Federal de 1988.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, delimita a adolescência como a segunda década de vida, período compreendido entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias; e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos. Há, portanto, intersecção entre a segunda

metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. O Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS e recorre aos termos "população jovem" ou "pessoas jovens" para referir-se ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos.

O art. 3º do ECA define que:

> A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990).

O ECA possui um capítulo especial que trata dos direitos à vida e à saúde e, no seu art. 11, estabelece:

> É assegurada a atenção integral à criança e ao adolescente, por meio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Prevê ainda que a condição de pessoa em desenvolvimento físico, moral e psicológico não retira da criança e do adolescente o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, conforme se encontra expresso em seu art. 17:

> O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais (BRASIL, 1990).

O ECA, que consolida os direitos básicos da população infanto-juvenil, em seu art. 1º, claramente dispõe a doutrina da proteção integral, determinando a natureza tutelar dos direitos ali elencados, que predominarão sobre qualquer outro que possa prejudicá-lo. Dessa forma, no que se refere ao adolescente, qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno pelo adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável (BRASIL, 2005a).

Portanto, constituem-se **direitos fundamentais do adolescente a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado**. Na assistência à saúde, isso se

traduz, por exemplo, no direito do adolescente de ter privacidade durante uma consulta, com atendimento em espaço reservado e apropriado, e de ter assegurada a confidencialidade, ou seja, a garantia de que as questões discutidas durante uma consulta ou uma entrevista não serão informadas a seus pais ou responsáveis, sem a sua autorização – consentimento informado. Esses direitos fundamentam-se no princípio da autonomia e, sem dúvida, favorecem a abordagem de temas relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva nos serviços de saúde (BRASIL, 2005a).

Diversos códigos de ética profissionais e o próprio código penal expressamente determinam o sigilo profissional, independentemente da idade da pessoa sob atenção, prevendo sua quebra apenas nos casos de risco de vida ou outros riscos relevantes para a própria pessoa ou para terceiros.

O Código de Ética Médica, por exemplo, considerando que a revelação de determinados fatos para os responsáveis legais pode acarretar consequências danosas para a saúde do jovem e a perda da confiança na relação com a equipe de saúde, não adotou o critério etário, mas o do desenvolvimento intelectual. O art. 103 do referido código estabelece:

É vedado ao médico:

> Revelar segredo profissional referente ao paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente (CONSELHO..., 1988).

No programa de ação da **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD)**, realizada no Cairo, em 1994, no capítulo VII, referente aos direitos reprodutivos e à saúde reprodutiva, é feito um apelo aos países signatários para que, com o apoio da comunidade internacional, protejam e promovam o direito dos adolescentes à educação, à informação e aos cuidados de saúde reprodutiva. Apela-se, igualmente, aos governos para que, em colaboração com as ONGs, estabeleçam os mecanismos apropriados para responder às necessidades especiais dos adolescentes. Um dos marcos importantes do programa de ação em questão é a inclusão dos adolescentes e jovens do sexo masculino nas políticas voltadas para a saúde sexual e para a saúde reprodutiva.

Em 2007, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens**, calcada nos princípios do SUS e construída num processo coletivo estabelecido entre o governo federal, profissionais,

gestores, organizações da sociedade civil e movimentos de juventude. Fundamenta-se no reconhecimento de que adolescentes e jovens são pessoas em processo de desenvolvimento, demandando atenção especial ao conjunto integrado de suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais.

Os pressupostos dessa política são a integralidade da atenção, a universalização, a efetividade, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a participação juvenil. Enfatiza o fortalecimento da Atenção Básica como um espaço privilegiado para se trabalhar a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a intersetorialidade.

A Atenção Básica deve, em especial, realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, articular ações de redução da morbimortalidade por causas externas (acidentes e violências), garantir a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, incluindo o acesso ao planejamento reprodutivo e aos insumos para a prevenção das DST/HIV/Aids, além de desenvolver ações educativas com grupos, respeitando os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

A saúde de adolescentes e jovens está diretamente relacionada à promoção do protagonismo juvenil e do exercício da cidadania, ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, à educação em saúde e à prevenção de agravos.

Portanto, é preciso ressaltar que, do ponto de vista ético, político e legal, está assegurado o direito desse grupo etário à atenção integral à saúde, incluindo-se nessa atenção a saúde sexual e a saúde reprodutiva.

CAPÍTULO 3

A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) define Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto aquelas muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

A Atenção Básica deve (BRASIL, 2007):

Ser baseada na realidade local.

- Considerar os sujeitos em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural.

- Contemplar a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável.

Conforme Starfield (2002) salienta, a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser orientada pelos seguintes princípios:

1. **Primeiro contato:** significa ser a "porta ou ponto de entrada" de fácil acesso para o sistema de saúde. A unidade deve ser de fácil acesso e disponível para não postergar e afetar adversamente o diagnóstico e o manejo do problema. As Unidades Básicas de Saúde serão os lugares que, preferencialmente, as pessoas procuram primeiro a cada vez que ocorre um problema ou necessidade em saúde, devido à sua acessibilidade.

2. **Longitudinalidade:** quer dizer responsabilidade do serviço de saúde por toda a população de um determinado território ao longo do tempo, independentemente da presença ou ausência de doença e da procura pela unidade. A palavra longitudinalidade deriva de longitudinal e é definida como lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos. Dessa forma, as relações entre a equipe de saúde e os usuários na

Atenção Básica são contínuas e de longa duração, com presença ou ausência de problemas de saúde. Isso significa uma atenção e cuidado personalizados ao longo do tempo. Com o passar do tempo, os usuários passam a conhecer a equipe de saúde e essa, os usuários. As pessoas recebem acompanhamento durante todo o ciclo da vida: nascimento, infância, adolescência e juventude, idade adulta e todo o processo de envelhecimento.

3. **Integralidade:** traduz-se em realizar atenção, integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção e ofertando respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade, e não apenas a um recorte de problemas. A integralidade exige que a Atenção Básica reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las.

4. **Coordenação:** a Atenção Básica deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e ser um agente para a atenção às necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção. Deve coordenar as ações de saúde, considerando a história anterior de atenção ao usuário (terapias ou ações já utilizadas) e as necessidades do presente, atuando com o compromisso de buscar a resolução dos problemas e prestar atenção continuada à pessoa/família, mesmo nos casos de encaminhamento a outros níveis de atenção, atuando de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados.

5. **Centralização familiar:** o foco da atenção é a família. Tendo em vista que ela desempenha papel fundamental para a construção de hábitos saudáveis, nossa sociedade se organiza tendo a família como célula-central, o núcleo familiar funciona como tradutor de toda uma dinâmica social e a família é, essencialmente, provedora de cuidados.

6. **Competência cultural:** envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou a outras características culturais especiais. Os profissionais necessitam ter outros conhecimentos e habilidades para além do campo das disciplinas acadêmicas da área de saúde, que envolvem relacionamentos, capacidade de escuta e de manejar situações adversas, desenvolvimento de trabalho em equipe, estabelecimento de parcerias, comprometimento com os usuários, respeitando os modos de viver dos indivíduos e famílias.

7. **Enfoque comunitário:** é fundamental conhecer, planejar e atuar, considerando os diferentes contextos da comunidade. A Atenção Básica com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar, para ajustar as ações, de modo que estas

> atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Além disso, a equipe integra uma rede de suporte à comunidade, estabelecendo uma relação de mútua confiança que favorece a construção de vínculo. Diz respeito também ao envolvimento da comunidade na tomada de decisão.

A organização do Sistema Único de Saúde, a partir de 2006, passou a reger-se com base em um novo documento orientador, o Pacto pela Saúde, estruturado em três dimensões: Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Vida. Esse último estabelece um conjunto de prioridades sanitárias, entre as quais se destaca o fortalecimento da Atenção Básica.

No Brasil, a Saúde da Família (SF), estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica, tem foco na família, célula social fundamental para o reconhecimento dos modos de viver e adoecer das comunidades.

Como conceito de família, o Ministério da Saúde utiliza o adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):

> O conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados (IBGE, 1998).

Nas últimas décadas, ocorreram mudanças significativas no perfil das famílias, na forma como se organizam e nos papéis desempenhados por seus membros. Os Censos Demográficos e as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), realizados pelo IBGE, revelam algumas dessas mudanças, decorrentes de processos socioculturais, como o aumento do número de separações, a diminuição da taxa de fecundidade, a mudança do papel da mulher, o maior poder dos filhos, entre outros.

A família não é mais apenas aquele grupo nuclear específico, formado por pai, mãe e filhos; é também um espaço emocional à procura de novos equilíbrios e que pode se organizar sob as mais diversas formas. Dentro dela, tendem a se reproduzir todas as formas de relações existentes na sociedade (DUNCAN; SCHMIDT e GIUGLIANI, 2004).

Em face do contexto diverso em que se inserem indivíduos e famílias, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre as diferentes estruturas e dinâmicas familiares e busquem realizar o cuidado em saúde com abordagens que considerem os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde.

É importante salientar que ofertar uma atenção básica de qualidade não é uma tarefa simples. Atenção básica não quer dizer atenção de baixa complexidade. Tais cui-

dados são realizados de forma individual e/ou coletiva, utilizando meios ou técnicas que dispensam equipamentos sofisticados e de alto custo. Ainda assim, são considerados de alta complexidade, porque necessitam de uma abordagem ampliada dos indivíduos, da família, da comunidade, enfim, do contexto em que as pessoas vivem.

A Atenção Básica se utiliza de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, as quais devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

E conforme salienta Raggio (2006):

> A agregação tecnológica é menos complexa que a atenção às pessoas. A escuta e o exame de um ser que sofre deve ser a mais complexa de todas as tarefas na cadeia de ações de saúde, onde não se distinguem as dimensões corpo, mente, alma, valores e cultura que compõem as pessoas. Estão todas imbricadas, construindo identidades inéditas.

CAPÍTULO 4

HUMANIZAÇÃO E OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA: PONTOS-CHAVE NA ATENÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

Toda prática e ação está baseada em uma determinada forma de pensar e numa visão de mundo particular. As práticas de saúde também são norteadas por uma dada concepção da realidade. O conjunto de valores, crenças e técnicas que servem de base para produzir o conhecimento e para orientar a nossa prática chama-se paradigma.

O paradigma que tem dominado a ciência ocidental é aquele que reconhece como ciência apenas a atividade objetiva, capaz de traçar as leis que regem os fenômenos e tem como características fundamentais:

- **O mecanicismo:** concepção do universo, da natureza, do homem, como se fossem máquinas, governados por leis matemáticas exatas.
- **O empirismo:** apenas o conhecimento construído a partir de fatos concretos, passíveis de serem percebidos pelos sentidos, medidos e quantificados, teria valor científico.
- **O determinismo:** uma vez conhecendo as leis que causam os fenômenos, seria possível determinar com precisão a sua evolução.
- **A fragmentação:** a decomposição do objeto de estudo em suas partes componentes, perdendo-se, muitas vezes, a visão do todo.
- **O reducionismo:** a perda da visão sistêmica e complexa dos processos.
- **A dicotomia:** a separação entre mente/corpo, sujeito/objeto, ser humano/natureza, razão/intuição.

No campo da biologia, o paradigma mecanicista se concretiza na compreensão de que os organismos vivos funcionam como máquinas, constituídas de partes separadas, e de que é possível compreender o seu funcionamento pelo estudo isolado de cada parte.

A fragmentação exagerada faz com que muito se saiba sobre as partes componentes dos organismos vivos, mas pouco se conheça sobre suas funções enquanto totalidades integradas e suas interações com o meio.

A medicina adotou essa concepção reducionista da biologia, constituindo-se o modelo biomédico, ainda predominante nas práticas de saúde, que enfoca o processo saúde/doença sob uma ótica puramente biológica/corporal, desconsiderando os aspectos psicológicos, culturais, sociais e econômicos. Ao se concentrar em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde de vista o ser humano como um todo e sua inter-relação com o contexto em que vive.

Faz-se necessária a adoção de uma compreensão mais abrangente do ser humano e do processo saúde-doença, entendendo esse processo como complexo, não podendo ser reduzido somente à dimensão biológica. A situação de saúde de uma população resulta da interação de múltiplos fatores.

Complexidade significa entrelaçamento de causas. Um sistema complexo é formado por grande número de unidades constitutivas e inter-relacionadas e uma enorme quantidade de interações. Nas teorias da complexidade, os temas de estudo são entendidos como objetos em contexto. Contextualizar é ver um objeto existindo dentro do sistema e pôr foco nas suas interligações, conexões e redes de comunicação (MINAYO, 2008).

O caminho para a humanização das práticas de saúde, aspecto fundamental para a construção e consolidação do SUS, pressupõe a mudança de paradigma.

Esse novo paradigma deve buscar a superação de dicotomias tais como corpo/mente, quantitativo/qualitativo, indução/dedução, objetivo/subjetivo, teoria/prática, macro/micro, interioridade/exterioridade, fenômeno/essência, singular/universal, base material/consciência, pois um de seus princípios deve ser o da união dos contrários, numa relação de complementaridade, no interior das totalidades dinâmicas e vivas. Com base nessa forma de ver o mundo, é impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, bem como conhecer o todo sem conhecer as partes (MINAYO, 2008).

De acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), entende-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2006d).

O acolhimento é uma das formas de concretizar a humanização das práticas de saúde. Caracteriza-se como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo-as para além da fala/expressão verbal, assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas com as pessoas.

O acolhimento não é um espaço ou local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias ou formas alternativas para enfrentamento dos problemas.

Uma atitude preconceituosa por parte de algum profissional pode interferir no acolhimento. Por exemplo: o estigma existente em relação a alguns grupos, como o das prostitutas ou outras pessoas que exercem a prostituição, pessoas com deficiência,

pessoas que têm problemas mentais ou de comportamento, homossexuais, usuários de drogas, entre outros, muitas vezes impõe barreiras para o acesso à atenção à saúde, quebrando princípios de equidade e universalidade do cuidado aos cidadãos brasileiros.

É importante pautar a atuação profissional nos princípios bioéticos (CREMESP, 2004), a saber:

- **Respeito à autonomia:** as pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida. Na atenção à saúde, as ações devem ser autorizadas pelas pessoas.
- **Beneficência:** refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo.
- **Não maleficência** (ação que não faz o mal): a finalidade é reduzir os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano. Desse modo, a ação realizada deve causar o menor prejuízo ou agravo à saúde da pessoa.
- **Justiça e equidade:** todas as pessoas devem ser tratadas com igual consideração, independentemente de sua situação socioeconômica, cultural, étnica, orientação sexual, religião, profissão, entre outras situações ou características. Por sua vez, as especificidades das pessoas e dos grupos devem ser levadas em conta, a partir do que os recursos e esforços devem ser direcionados em maior proporção àqueles que precisam mais ou estão em maior risco de adoecer/morrer, sem prejuízo da atenção à população como um todo.

São, ainda, direitos fundamentais no atendimento de saúde:

- **Preservação de sigilo:** a pessoa tem direito a ter resguardado o segredo sobre dados pessoais, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que isso não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Esse segredo abrange não só as informações expressas verbalmente, mas também aquelas registradas em prontuário.
- **Garantia de privacidade:** visual e auditiva.
- **Consentimento informado:** qualquer procedimento deve ser informado, esclarecido em suas finalidades, formas/características, riscos etc. A pessoa faz escolhas com autonomia, compreendendo o que será realizado.

Aos profissionais, recomenda-se que primeiro ouça, depois pergunte e depois se posicione, com o cuidado de:

- Não tomar decisões pelas pessoas, não impor escolhas, não emitir juízo de valor.
- Desenvolver atividades educativas e de aconselhamento.
- Somente realizar prescrições após avaliação clínica e oferecer acompanhamento periódico.

DISCUTINDO UM POUCO MAIS SOBRE A RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A relação estabelecida entre o profissional de saúde e as pessoas às quais assiste é fundamental, pois, a depender da qualidade das interações, será maior ou menor o potencial de construir confiança, estabelecer vínculos e provocar transformações pessoais que contribuam para a produção de saúde.

É importante que os profissionais de saúde busquem desenvolver a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade de outras pessoas, mesmo quando não se teve a mesma experiência. Uma presença sensível transfunde serenidade e confiança, favorece a criação do vínculo e a corresponsabilidade.

O profissional deve considerar a pessoa na sua inteireza, valorizar sua unicidade e singularidade, procurando construir uma relação de sujeito com sujeito.

Buscar construir a confiança dos indivíduos e da comunidade no trabalho dos profissionais e da equipe de saúde é um dos primeiros passos para estabelecer o vínculo, que é concebido como fundamental para que as ações da equipe tenham impacto positivo na saúde da população.

Deve-se atentar que na relação de cuidado em saúde podem ocorrer algumas situações que são muitas vezes invisíveis e indizíveis, tanto para os profissionais quanto para as pessoas sob atenção. Muitas dessas situações podem ser compreendidas à luz dos conceitos de transferência e contratransferência, que serão abordados em linhas gerais a seguir. O entendimento, a observação e o manejo dessas situações auxiliam na condução do processo de cuidar.

Na relação do cuidado e no processo de construção da confiança, a pessoa pode experimentar em relação ao profissional de saúde algumas sensações, emoções, recordações, fantasias que, muitas vezes, são manifestações inconscientes de relações e experiências emocionais vividas com outras pessoas. De forma ext remamente genérica, tais processos podem ser denominados de transferência e se manifestam de diferentes maneiras de acordo com cada paciente, situação e profissional.

A seguir, são apresentados exemplos de algumas dessas manifestações transferenciais e possíveis condutas, com o intuito de chamar atenção para esses fenômenos na prática clínica, mantendo a ressalva de que inúmeros outros comportamentos são possíveis e de que a sensibilidade, a escuta, o estudo e a discussão de caso clínico são ferramentas para auxiliar na condução de cada situação:

- Tentativas do paciente em agradar ao profissional de saúde, ofertando presentes, omitindo fatos, comportamentos ou sintomas relacionados à sua saúde.

Para a compreensão desse comportamento, é importante refletir sobre os motivos que podem estar levando os pacientes a terem tais atitudes e buscar verificar se existe necessidade, por parte do paciente, de encobrir dificuldades em realizar ações para a melhoria da saúde.

- Idealização do profissional de saúde pelo paciente, que pode se manifestar, no início do tratamento, como uma necessidade básica e indispensável para a construção do vínculo. Muitas vezes, sem perceber, o profissional alimenta essa idealização por longo tempo, devido a uma necessidade de obter gratificações e elogios. É importante que o profissional tenha cuidado para não deixar que essa idealização se prolongue demais, pois isso pode levá-lo a não realizar intervenções necessárias e prejudicar os pacientes na manifestação de suas reais necessidades e dificuldades.
- Sentimentos afetuosos e carinhosos pelo profissional de saúde que estão relacionados com as necessidades das pessoas de serem amadas e respeitadas, sendo considerados inerentes às relações humanas.
- Demonstrações de desejos amorosos e sexuais para com os profissionais, o que merece observação, evitando-se julgamentos morais, manifestações de repúdio e frieza e desistência do paciente. Há de se ter cuidado com o envolvimento afetivo. Ao perceber uma manifestação como essa, é importante que o profissional dialogue com o paciente, buscando auxiliá-lo para que perceba que significados estão por trás desses sentimentos ou de uma eventual tentativa de sedução – que necessidades emocionais precisam ser trabalhadas. Nem sempre o profissional se sentirá preparado para esse diálogo e nesse caso poderá procurar auxílio de outro profissional.
- Demonstrações de raiva, agressividade, desistência e resistência com o tratamento e com profissional. Muitas vezes, essas manifestações podem representar a construção de preciosos vínculos de confiança, pois o paciente está permitindo mostrar suas fragilidades. O importante nessas situações é escutar o que os pacientes estão expressando com esses atos e sentimentos, sem se intimidar, revidar ou desistir.
- Expressões de que o paciente está percebendo o profissional como um modelo de identificação para transformar o seu modo de viver.

É importante ressaltar que, na relação de cuidado, o profissional também se sente mobilizado pelos pacientes, de forma manifesta ou inconsciente, por meio de um conjunto de sentimentos, afetos, pensamentos, imagens, sensações corporais etc. que merece atenção e que pode auxiliar no entendimento dos próprios pacientes. De forma extremamente genérica, tais processos podem ser denominados de contratransferência.

Exemplos dessas respostas emocionais podem ser percebidos nas seguintes situações:

- O profissional pode sentir grandes dificuldades em pensar na condução do caso clínico ou se sentir impotente perante algumas situações apresentadas pelos pacientes. Ou ainda, pode ter uma sonolência invencível e fazer enorme esforço para se manter desperto, que não se trata de sono atrasado, cansaço ou algo equivalente. Essas situações ocorrem com pacientes específicos e as sensações se transformam logo que há atendimento de outros pacientes. Isso pode demonstrar aspectos dos pacientes que estão sendo captados pelo profissional, devido ao vínculo estabelecido, mesmo quando não estão sendo verbalizados pelo paciente. Pode-se verificar se esses pacientes também vivenciam sensações de impotência perante seu problema de saúde ou se estão imobilizados perante alguma situação da vida ou com sensações de desânimo, apatia.
- O profissional pode desenvolver sentimentos paternos, maternos ou fraternos em relação a algum usuário. Nesse caso, o paciente pode ter um traço, característica, jeito, comportamento que o profissional inconscientemente ou conscientemente identifica com um de seus próprios pais, filhos, irmãos etc., ou o paciente, sem perceber, coloca o profissional nessa posição parental. Os sentimentos despertados podem influenciar na condução do tratamento, sendo importante o profissional ficar atento e analisar os motivos dessas sensações, o que as mobiliza e se está havendo prejuízo na relação de cuidado. Como exemplo, o profissional em que é despertado o sentimento de pai ou de mãe em relação algum paciente pode ter atitudes morais que reprimam algum comportamento considerado por ele inapropriado para um filho, ou pode assumir posturas paternalistas que não auxiliam o paciente a assumir a sua responsabilidade no tratamento.

É imprescindível destacar que, antes de tudo, o profissional de saúde é um ser humano e, portanto, está sujeito a toda ordem de sensações e sentimentos, como angústia, ódio, atração física, compaixão, tédio, paralisia, impotência etc. (ZIMERMAN, 1999).

O importante é que esses sentimentos não sejam ignorados ou desprezados, nem assustem o profissional ao ponto dele desistir de tais pacientes ou ter condutas agressivas ou distantes. Esses sentimentos e sensações devem ser observados, decodificados, compreendidos e entendidos como auxiliares na compreensão da dinâmica de vida dos pacientes e na condução de seu processo de saúde.

Para fortalecer a identificação desses aspectos que surgem a partir da relação de cuidado e utilizá-los como ferramentas na conduta clínica, eles devem ser abordados no processo de educação permanente do profissional de saúde, bem como discutidos no apoio matricial ou nos espaços de discussão de casos clínicos e supervisão.

A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA E A IMPORTÂNCIA DA ESCUTA

A proposta de abordagem centrada na pessoa contrapõe-se à abordagem centrada na doença, característica do modelo biomédico de atenção à saúde.

Significa buscar a compreensão da pessoa como um todo, em seu contexto de vida e estágio de desenvolvimento pessoal, o que inclui considerar aspectos que envolvem família, trabalho, crenças, dificuldades, potencialidades.

Mais do que explorar as anormalidades de estrutura e função dos órgãos e sistemas do corpo – as doenças de natureza física ou mental, busca-se entender o adoecer de cada pessoa, que é único, que corresponde à experiência pessoal da saúde alterada.

E, mais que isso, inclui ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, e não só o cuidado após o adoecer.

Essa forma de atuação requer a valorização da relação estabelecida entre o profissional e as pessoas assistidas.

Dessa forma, para se obter um plano terapêutico resolutivo, é importante buscar a concordância entre os sujeitos dessa relação, no que se refere à natureza dos problemas, às prioridades, objetivos do tratamento e papéis (do profissional e da pessoa sob atenção).

Na abordagem centrada na pessoa, saber ouvir é tão importante quanto saber o que dizer e em que linguagem dizer, pois essa habilidade é crucial para uma atenção adequada.

Ouvir o outro pressupõe a capacidade de silenciar.

Uma escuta qualificada é aquela feita de presença e atenção, livre de preconceitos e soluções; a escuta sem outro objetivo que a escuta. Somente essa escuta permite ao ser exprimir-se e pode abrir a porta ao reencontro da pessoa com ela mesma. A escuta atenta e livre fará nascer um estado de confiança necessário que permitirá à pessoa ultrapassar seus medos (RESSÉGUIER, 1988).

Além disso, é importante resgatar os significados essenciais das ações que são executadas cotidianamente e que vão sendo, muitas vezes, banalizadas a ponto de se tornarem mecânicas.

Romper com a abordagem puramente biológica requer que o profissional de saúde transcenda o mecanicismo das condutas diagnósticas e terapêuticas biologicistas e resgate os significados essenciais que essas ações possuem.

Por exemplo, nos procedimentos que implicam tocar/examinar o corpo das pessoas, é preciso lembrar que o que se faz é uma espécie de escuta do corpo, a qual também deve ser atenta e respeitosa.

O corpo precisa, então, ser ressignificado, pois mais do que o conjunto de partes, ele representa um ser:

> Quando você toca alguém, nunca toque só um corpo. Quer dizer, não se esqueça de que você toca uma pessoa e que nesse corpo está toda a memória de sua existência. E, mais profundamente ainda, quando você toca um corpo, lembre-se que você toca um sopro, que esse sopro é o sopro de uma pessoa com os seus entraves e dificuldades e, também, é o grande sopro do universo. Assim, quando você tocar um corpo, lembre-se de que você toca um templo (LELOUP, 1998).

ABORDAGEM FAMILIAR

Na busca por compreender o contexto de vida das pessoas e as influências desse contexto sobre a situação de saúde, a família deve ser o primeiro espaço/grupo a se considerado a partir do que se denomina de abordagem familiar.

A família pode ser definida como um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidados (proteção, alimentação e socialização), vínculos afetivos (relacionais), de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico-histórico-cultural.

A família é mais que a soma de seus membros, é um sistema social, uma instituição social básica que aparece sob as formas mais diversas em todas as sociedades humanas.

Os indivíduos que a compõem cumprem papéis e tarefas específicas, os quais são definidos na própria família, a partir dos valores culturais de cada sociedade ou contexto particular.

Segundo Brennan (1974), é importante considerar "a pessoa na família" e a "família na pessoa". A "pessoa na família" quer dizer as relações interpessoais no grupo familiar e a "família na pessoa" vem a ser a experiência de família incorporada pelo indivíduo, que o afeta profundamente em seu autoconceito e em sua relação com os outros.

Assim como os indivíduos possuem um ciclo de vida, a família também possui um ciclo de vida próprio, o qual se constitui em uma sequência de etapas ou estágios

de desenvolvimento que evoluem de diferentes formas, de acordo com as estruturas e padrões ou dinâmicas de relacionamento estabelecidos.

Buscar conhecer o ciclo de vida familiar pode ajudar muito o profissional de saúde a formular hipóteses mais próximas da realidade sobre os problemas que as pessoas estão vivendo e que têm implicações no processo saúde-doença.

O processo saúde-doença envolve toda a família – a saúde de cada um de seu membros tanto pode ser afetada pela dinâmica familiar e seus problemas, como influenciá-la ou afetá-la.

Atuar com foco na família pressupõe, entre outras coisas, considerar as interações e/ou tensões familiares, muitas vezes não mencionadas inicialmente, e que estão intrinsecamente ligadas aos processos de adoecimento.

A abordagem familiar pode se utilizar de diferentes ferramentas e técnicas. Muitas dessas ferramentas voltam-se à avaliação da estrutura e do funcionamento familiar, à explicitação dos papéis de seus membros e das linhas de poder e de decisão, das formas próprias de perceber e explicar saúde e doença, à identificação dos recursos familiares para a solução dos problemas e seus apoios internos e externos – o modo como a família se relaciona com a comunidade.

É de fundamental importância que os profissionais busquem conhecer e utilizar essas ferramentas no cotidiano de suas práticas. Isso permitirá uma atenção mais adequada, com resultados mais consistentes e duradouros.

CAPÍTULO 5

SEXUALIDADE E SAÚDE

A sexualidade diz respeito a um conjunto de características humanas que se traduz nas diferentes formas de expressar a energia vital, chamada por Freud de libido, que quer dizer energia pela qual se manifesta a capacidade de se ligar às pessoas, ao prazer/desprazer, aos desejos, às necessidades, à vida.

Comumente, as pessoas associam sexualidade ao ato sexual e/ou aos órgãos genitais, considerando-os como sinônimos. Embora o sexo seja uma das dimensões importantes da sexualidade, esta é muito mais que atividade sexual e não se limita à genitalidade ou a uma função biológica responsável pela reprodução (NEGREIROS, 2004).

Ao refletir um pouco mais sobre o assunto, pode-se perceber que o corpo como um todo é fonte de prazer, pelo fato de propiciar, desde nosso nascimento, o sentir, o perceber e o comunicar o mundo.

A sexualidade é uma das dimensões do ser, em outras palavras: cada um de nós tem uma identidade sexual que integra o modo de ser de cada um e que é inseparável da nossa humanidade (DEPUTTE, 1997; THALER-DEMERS, 2001 apud LOURENÇO, 2002, p. 24).

Conforme Lourenço (2002), em sentido amplo, a sexualidade se expressa no estilo de vida que adotamos, no modo como se demonstram os afetos, na percepção erotizada dos estímulos sensoriais e também nos papéis de gênero – jeito adotado para ser mulher ou para ser homem, que tem implicações nas relações estabelecidas entre homens e mulheres.

A sexualidade envolve, além do corpo, os sentimentos, a história de vida, os costumes, as relações afetivas e a cultura. Portanto, é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, presente desde o nascimento até a morte, e abarca aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais.

De acordo com as definições da OMS, a sexualidade é vivida e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos.

Em todas as sociedades, as expressões da sexualidade são alvo de normas morais, religiosas ou científicas, que vão sendo aprendidas pelas pessoas desde a infância. Em nossa sociedade, por exemplo, a sexualidade foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos e relações desiguais de poder entre homens e mulheres (CASTRO; ABRAMOVAY e SILVA, 2004).

Existe, atualmente, preocupação em não rotular ou estigmatizar comportamentos sexuais em "normais" ou "anormais". Busca-se discutir os comportamentos e as práticas sexuais sem preconceitos, considerando que são relativos, dependendo da cultura, do contexto histórico, social e de vida da pessoa.

Dessa forma, é fundamental valorizar, promover e incentivar o autoconhecimento, que implica buscar conhecer a si próprio, os valores, o modo de ver e viver a vida e as relações com os outros, em tomar contato com os sentimentos, em conhecer o corpo e em identificar as potencialidades e dificuldades/bloqueios de diversas ordens. Da mesma forma, é importante estimular a construção de relacionamentos que contribuam para o crescimento pessoal, que ajudem na superação das dificuldades e fortaleçam a autoestima.

Tudo isso está ligado à qualidade de vida e à saúde das pessoas, sendo aspectos de extrema relevância para a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica.

UM POUCO DE HISTÓRIA...

Em 1905, com a publicação de "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade", o médico Sigmund Freud propôs a ideia de uma sexualidade que surgiria desde os primórdios da constituição do psiquismo e seria radicalmente diferente da então aceita noção de instinto sexual, esquema de comportamento herdado em uma determinada espécie animal, que ocorre num padrão sequencial pouco suscetível a variações. A moral repressora de sua época só aceitava a sexualidade baseada no instinto, que surgiria na puberdade e que teria como finalidade a reprodução.

Freud fez grandes contribuições ao estudo da sexualidade humana, descrevendo seu desenvolvimento desde a infância. Foi o primeiro pesquisador a ousar dizer que as crianças eram dotadas de sexualidade desde o início da vida e que se automanipulavam em busca de prazer, sendo tal manipulação dirigida a diferentes partes do corpo.

O trabalho de Freud ampliou o conceito de sexualidade, que não designava somente os atos e o prazer ligados ao aparelho genital, mas se referia, a partir de então, a um conjunto de excitações e de atividades que surgem desde a infância e proporcionam um prazer que vai além da satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental.

Freud toma como exemplo a amamentação do recém-nascido, sugerindo que a necessidade biológica de ser alimentado não parece ser o único objetivo do bebê ao mamar. Ao ser amamentado, ele procura também satisfazer suas necessidades emocionais ao entrar em contato com a pele da mãe, ouvir sua voz, sentir seu olhar, ser acariciado por ela.

A SEXUALIDADE NA INFÂNCIA

Partindo do significado amplo da sexualidade, para compreender a sexualidade infantil, é necessário ir além do conhecimento referente ao desenvolvimento sexual e reprodutivo, levando-se em conta o desenvolvimento emocional de cada sujeito. É preciso considerar que esse desenvolvimento depende do aprendizado obtido por meio das relações construídas a partir da infância.

É importante que os profissionais de saúde ampliem o olhar sobre as questões relativas à sexualidade, buscando conectá-lo ao contexto familiar, social e cultural em que as pessoas estão inseridas.

Especial atenção deve ser dada ao processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, que dependerá, entre múltiplos fatores, da forma como são cuidadas pela família.

Há diferentes estruturas e dinâmicas de relacionamentos familiares. A forma como as pessoas conseguem ou não cuidar dos seus filhos pode dizer, também, da forma como foram cuidadas e pode-se verificar que, algumas vezes, há fantasmas que atormentam e que emperram essas relações.

Conforme Marshal Klaus, John Kennell e Phyllis Klaus (2000), "os modelos internos de paternidade e maternidade são, com frequência, passados adiante e tornam-se a diretriz que a criança utiliza quando se torna adulta".

Os modelos de relações intrafamiliares que se vivenciam conformam a referência de base sobre a qual se constrói a visão de cada um de nós acerca do amor humano. Em muitas famílias, as dinâmicas de relacionamento prevalecentes são dominadas pela violência, desleixo e maus-tratos ou por um ambiente que não favorece o desenvolvimento das potencialidades dos seus membros (NEWCOMB; LOCKE, 2001; GE et al., 2002 apud LOURENÇO, 2002, p. 22).

É de grande importância para a consolidação da autoestima que as fases mais precoces do desenvolvimento humano sejam vivenciadas em um contexto de afetividade e estímulo às potencialidades.

Desse modo, **as equipes de saúde de Atenção Básica** ocupam importante lugar no que diz respeito à promoção do desenvolvimento humano saudável, junto às famílias sob sua responsabilidade. É possível abordar as questões referentes às relações intrafamiliares e comunitárias, assim como o respeito às diferenças, a desmistificação de crenças que tenham influência repressora, degradante ou desrespeitosa, nos atendimentos de grupo, individuais, familiares e com a comunidade, nos diferentes espaços de produção de saúde.

Fortalecer capacidades e habilidades como a empatia, a escuta qualificada, a construção de vínculo, o olhar sobre aspectos subjetivos, respeitando as crenças e valores de cada pessoa, pode ser um diferencial no desempenho desse papel pelos profissionais de saúde da Atenção Básica.

A PARTIR DE QUE MOMENTO SE INICIA O DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE?

A CRIANÇA COMEÇA A EXISTIR ANTES MESMO DE SUA CONCEPÇÃO, NO IMAGINÁRIO DOS PAIS. DE FORMA CONSCIENTE E INCONSCIENTE, OS PAIS OU OS FAMILIARES CONSTROEM UMA IMAGEM DO FUTURO FILHO, A PARTIR DE SEUS DESEJOS E EXPECTATIVAS, INCLUINDO-SE AQUELES RELACIONADOS À SEXUALIDADE.

> Com as pesquisas sobre o desenvolvimento do psiquismo pré e perinatal e os estudos psicanalíticos de diversos autores, como Bion e Melanie Klein, foi possível verificar que já na vida intrauterina ocorrem evoluções gradativas, a partir do desenvolvimento dos sentidos até o aparecimento de uma consciência em nível rudimentar – chamada de ego pré-natal, a mente que capacita o bebê a pensar, sentir e lembrar e não só captar os sentimentos e pensamentos da mãe de forma sensorial. Precisa-se considerar que o ventre materno é o primeiro mundo humano (ALMEIDA, 2004).

Desde a gestação, as interações e a afetividade estabelecida entre os pais e o bebê, assim como com os outros membros da família, são de grande importância para que o bebê se sinta seguro e amado, influenciando seu desenvolvimento saudável e sua constituição como pessoa.

NO PRÉ-NATAL OU NO NASCIMENTO, OS PAIS PODEM SE DEPARAR COM UMA CRIANÇA QUE NÃO CORRESPONDE AO QUE ESPERAVAM. DESCOBRIR QUE O BEBÊ NÃO CORRESPONDE AO DESEJADO PODE, POR EXEMPLO, SER MOTIVO DE ANGÚSTIAS E FRUSTRAÇÕES. É FUNDAMENTAL QUE OCORRA, ENTÃO, UM PROCESSO DE ELABORAÇÃO, A PARTIR DA RESSIGNIFICAÇÃO DO BEBÊ IDEALIZADO. A NÃO ELABORAÇÃO DESSE PROCESSO PODE INTERFERIR NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA, INCLUINDO A SUA SEXUALIDADE. ESSE É UM ASPECTO MUITO IMPORTANTE A SER TRABALHADO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Ao nascer, o bebê sai de um lugar protegido e chega a um ambiente onde precisará vivenciar algumas frustrações. É por meio da receptividade, tanto emocional quanto cognitiva, dos pais e/ou de outras pessoas responsáveis pelo cuidado da criança, aos sinais que o bebê apresenta, que ele irá aprender a lidar com suas fantasias, medos e desconfortos. Se os pais conseguem tolerar, elaborar e identificar a angústia do bebê,

isso o conforta, deixando-o seguro e capaz de lidar com diferentes situações. É por meio dessa interação que o bebê simboliza, pensa e fantasia sobre o mundo, desenvolvendo sua capacidade para elaborar e tolerar frustrações.

Desde muito pequena, a criança aprende a obter prazer com a exploração de seu corpo, aspecto importante para o desenvolvimento saudável da sexualidade.

Ao desenvolver a psicanálise, Freud teorizou sobre a sexualidade e suas manifestações presentes desde a infância. Ele identificou que o desenvolvimento da sexualidade ocorre em fases – oral, anal, fálica, período de latência e fase genital, cujo conjunto irá refletir na formação da sexualidade do adulto. A seguir, descreve-se cada uma dessas fases, considerando-se tanto as contribuições de Freud como de outros autores.

A **fase oral** ocorre durante o primeiro ano de vida. É identificada como a fase em que o bebê leva tudo à boca, descobrindo o mundo por meio dela. Nessa fase, a boca é a região do corpo onde a criança sente maior prazer. Segundo Freud, o seio da mãe representa o principal objeto de desejo, pois a amamentação, além de alimentar, proporciona satisfação emocional ao bebê.

É fundamental salientar que, nessa fase, embora a boca seja uma região importante do corpo para a obtenção de prazer e para o "descobrir o mundo", o desenvolvimento da criança se dá por meio das diversas experiências de contato físico e emocional com a mãe ou com a pessoa que exerce a função materna [2] e também com outros membros da família. Em termos psíquicos, a fase oral representa um momento da constituição subjetiva em que ainda há pouca demarcação entre si mesmo e o outro.

A **fase anal** acontece por volta de um ano e meio a dois anos e é a fase em que se inicia o controle dos esfíncteres. Urinar e evacuar geram grande prazer às crianças, uma vez que representam suas primeiras produções no mundo. Durante essa fase, há o desenvolvimento de uma maior autonomia, pois é o período onde geralmente se iniciam ações como andar e falar. Na fase anal já existe maior organização psíquica, em que a criança pode elaborar melhor a relação entre si mesma e o que dela se diferencia.

A **fase fálica** inicia-se por volta dos três anos e se estende até os seis anos, aproximadamente. Nesse período, dá-se a descoberta dos genitais como área de prazer; as crianças fazem muitas perguntas a respeito do mundo e manifestam sua curiosidade sexual. Levantar a roupa, olhar-se, mostrar os genitais aos outros, ou mesmo tentar ver o outro, são características dessa fase. A fase fálica representa um momento na organização subjetiva em que a criança já se reconhece como pessoa em diferenciação às demais. Esse processo de reconhecimento da diferença constitui um importante estágio da estruturação psíquica, pois possibilita à criança ordenar a representação de si diante do outro.

---

[2] Função materna refere-se a alguém que consiga decodificar, acolher as angústias e invasões do meio, enfim, cuidar e amparar o bebê. Não é necessariamente só a mãe quem dará amparo ao bebê; essa função poderá ser exercida por outras pessoas.

É comum as crianças brincarem com o próprio corpo como um meio de auto-conhecimento. As brincadeiras auxiliam-nas a aprender e a lidar com seus sentimentos. As crianças, independentemente do sexo, brincam de ser mulher e de ser homem, a partir de referências femininas e masculinas, de suas relações de afeto e proximidade. Relacionando-se com outras pessoas, especialmente com os adultos, a criança aprende diferentes papéis sociais e de gênero. E, assim, vão construindo a sua identidade, com base em modelos existentes. Seu mundo consiste em seus familiares mais próximos, estando os pais em uma posição de destaque nas relações. Elas percebem, admiram e gostariam de ter as características de seus pais, sendo esses os modelos para sua formação e percepção de seu papel na família e no mundo.

Nessa fase, é comum a criança apresentar ciúme do relacionamento entre os pais, podendo se sentir excluída. Até que compreenda os diferentes papéis dos membros na família, pode se sentir confusa com esse sentimento. Todo esse processo, mesmo que envolva fantasias, tem efeito de realidade para a criança, sendo de extrema importância. As famílias devem estar atentas e cuidar para que os papéis fiquem claros para a criança, fortalecendo sua compreensão de que ela continuará sendo amada pelos pais ou pelas pessoas que exercem essa função.

As crianças, nessa fase, começam a libertar-se de uma completa dependência de seus pais ou cuidadores e passam a apresentar maior segurança ao andar, correr, falar, comunicar-se e expressar o que desejam. Nesse processo de separação dos pais e de experimentação de um desejo próprio, muitas crianças recorrem a objetos que auxiliam e acalentam nessa transição, denominados por Winnicott (1971) de objetos transicionais.

Conforme Silva (2007):

> A maior parte das crianças de três anos chupa um dedo, um lençol ou um cobertor de ninar quando vai dormir, e algumas crianças também de dia. Podem recorrer a isso como apoio, quando se sentem cansadas ou tristes. Podem querer estar dizendo que têm necessidades de bebê. O uso de objetos que vêm desde bebê tem muitas ligações com as fantasias da criança... À medida que passa o tempo, o brinquedo, o cobertor ou peça de roupa favorita assumirá diversos significados: às vezes, representará uma parte da criança, ou do bebê, mãe ou pai, irmão ou irmã, e ajudará a criança em ocasiões de solidão, raiva e frustração.

A curiosidade das crianças em torno de assuntos como a concepção, o nascimento, o relacionamento sexual dos pais e também sobre a morte estão presentes nessa idade e constituem-se características de um desenvolvimento saudável.

Quando a criança questiona qual sua origem e de onde vêm os bebês, percebe-se que busca respostas além das informações objetivas, procurando pelo conhecimento da própria história de vida.

Nessa idade, alguns medos podem surgir, como de perder os pais ou ser abandonada. Existe também uma incapacidade em separar o imaginário do real. A criança utiliza a imaginação para explicar aquilo que não compreende, sendo comum identificar-se com as histórias infantis que têm finais felizes. Isso ameniza os medos, tranquiliza e afasta sensações ocasionadas pelos pensamentos assustadores (SILVA, 2007).

Em torno dos quatro anos, a criança costuma falar sozinha, dando forma a sua imaginação, sendo comum sentir medos e se apegar a heróis para protegê-la. Já estabelece limites entre o "eu" e o "outro" e amplia sua compreensão sobre as diferenças entre os papéis masculino e feminino. Esse é o período de maior desenvolvimento da linguagem, ouvindo e compreendendo o que lhe é dito diretamente. A criança geralmente coopera com os pais e espera a aprovação deles.

No geral, por volta dos cinco anos de idade, as crianças se relacionam bem umas com as outras. Podem verbalizar que têm namorado ou namorada, compreendem melhor como é a realidade, lembram de pessoas e lugares, têm maior autocontrole e maior capacidade de tolerar frustrações. Os pais continuam a ser a coisa mais importante do mundo.

Nessa idade, é natural as crianças brincarem ou fantasiarem, podendo expressar ser de outro sexo. Ao brincar, a criança demonstra sua compreensão sobre os papéis das pessoas a sua volta e, embora se perceba menino ou menina e tenha conhecimento de seus órgãos sexuais, pode vir a experimentar diferentes papéis, por meio da dramatização.

As expectativas e atitudes dos pais, nem sempre conscientes, em relação à sexualidade de seus filhos, influenciam na construção da identidade sexual. Em suas atitudes, os pais, muitas vezes, demonstram desejos, reservas e inquietações em relação aos sexos masculino e feminino. A escolha ou não de determinados brinquedos e vestuário carregam as ideias que os pais têm sobre o que pode ser conveniente para meninos ou meninas.

Nesse período do desenvolvimento da criança, também surgem questionamentos referentes às diferenças entre os sexos, como: "Por que só os meninos têm pintinho e somente as mulheres têm neném?". Essas perguntas devem ser respondidas de forma simples, clara, evitando fugir do assunto, visando sempre à compreensão da criança e à construção de uma relação de respeito e confiança.

Os pais, familiares ou pessoas que cuidam da criança não necessariamente precisam responder a essas perguntas imediatamente, porém devem tratá-las com atenção e sempre respondê-las. Caso o momento não seja oportuno ou não saibam de que forma responder, podem combinar outra ocasião para dialogar e esclarecer a dúvida.

Muitos pais ficam apreensivos e ansiosos em responder às questões sobre sexo. Com isso, podem negligenciar ou fugir das perguntas, dar respostas evasivas ou mesmo antecipar informações que ainda não fazem parte da curiosidade da criança. Pode haver

dúvidas sobre qual é o melhor momento para conversar com as crianças sobre sexo. O que deve ficar claro é que, independentemente da idade, a criança, a partir de suas vivências, demonstrará curiosidades e esses momentos são as melhores ocasiões para conversar sobre o assunto.

Responder de maneira coerente, no momento em que essas perguntas são elaboradas, passa para a criança um sinal de confiança e de que existe um canal aberto de comunicação entre ela e os adultos. Essa postura dos adultos, além de ética, pode estimular a criança a continuar suas investigações, a desenvolver sua capacidade de pensar de forma independente.

A falta ou fuga de uma resposta dos adultos pode gerar uma desconfiança por parte da criança, que poderá se sentir culpada ou envergonhada por ter esses interesses, evitando fazer novos questionamentos. É importante ressaltar também que diferentes cuidadores, com diferentes respostas, podem confundir as crianças.

Conseguir ou não abordar o tema com as crianças pode refletir a forma como essas questões foram ou são tratadas pelas famílias e pela comunidade. Frequentemente, existem mitos e tabus que dificultam o diálogo sobre o assunto. Pode ser necessário que as pessoas que cuidam das crianças façam reflexões e transformações em si próprias para conseguirem se relacionar melhor com a sua sexualidade e contribuir com o desenvolvimento das crianças de forma mais segura, evitando o aprendizado de conceitos distorcidos e confusões sobre o assunto.

Geralmente ao final dessa fase, observa-se que ocorreram várias conquistas na vida da criança, como a aquisição de uma identidade sexual a ser afirmada ou consolidada em períodos futuros e a aquisição da capacidade de desejar, de forma separada dos pais.

O **período de latência** ocorre por volta dos seis aos nove anos. Conforme Freud, esse é o período em que as energias das crianças estão mais voltadas ao aprendizado e à aquisição de habilidades, como o domínio da leitura e da escrita, além de valores e papéis culturalmente aceitos. Elas adquirem muito conhecimento e se tornam mais independentes.

No entanto, manifestações da sexualidade permanecem em suas brincadeiras, além de curiosidade sobre o tema, como a exploração do próprio corpo e do sexo oposto. Por volta dos sete anos, é comum as crianças formarem grupos do mesmo sexo, a partir de interesses comuns.

Silva (2007) pontua que a criança expressa, nesse período, o seu envolvimento com a vida por meio de perguntas, explorações, descobertas e busca de explicações pelos sentidos das coisas. Elas demonstram muito interesse em assuntos como a vida antes de seu nascimento, o envelhecimento e a morte.

Por volta dos nove a dez anos, quando se inicia a puberdade e, posteriormente, a adolescência, a criança sai do período de latência e entra na **fase** descrita por Freud como **genital**. Ocorrem mudanças hormonais, emocionais e sociais e a energia que estava canalizada para o desenvolvimento intelectual e social volta-se para a "redescoberta" do próprio corpo como fonte de prazer e também para as manifestações de interesse, afeto, desejo, prazer/desprazer por pessoas fora do ambiente familiar, que simbolizarão "objetos de desejo". Esse é um período de mudanças no qual o adolescente terá que elaborar a perda do corpo e da identidade infantil e dos pais da infância, dando continuidade à constituição de sua identidade.

Sendo assim, percebe-se que o desenvolvimento do sujeito dependerá da combinação dos elementos: biológico, psicológico, socioambiental e meio cultural. A partir da interação desses vários elementos, nos diferentes momentos do desenvolvimento, é que a identidade sexual e de gênero, feminina ou masculina, irá se consolidar.

Por isso a necessidade de entender o comportamento das crianças, jovens, adolescente e adultos, como permeado de valores. O profissional da área da saúde deve estar aberto, livre de preconceitos e saber acolher as diferenças.

MASTURBAÇÃO

Vários questionamentos podem emergir no diálogo entre profissionais da saúde e famílias. É importante não perder a oportunidade de abordá-los sempre que surgirem, seja nas consultas e atendimentos individuais, nos grupos, nas visitas domiciliares, na sala de espera, seja em outras atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde. Entre as dúvidas mais frequentes quanto à sexualidade está a forma como os adultos devem lidar com as crianças quando elas se masturbam.

A masturbação é uma atividade associada ao prazer e à exploração do corpo. É um componente da sexualidade e consiste no toque em áreas que dão prazer ao indivíduo, que incluem os genitais e/ou outras partes do corpo, com a finalidade de obter prazer.

As crianças podem tocar ou manipular diferentes partes de seu corpo, a partir da descoberta de sensações agradáveis, conforto e prazer que esses toques podem proporcionar. É possível observar esse comportamento em toda a infância, inclusive em bebês.

Orientar os pais no sentido de que a masturbação é uma atividade saudável, que não é algo grave e que não tem consequências danosas pode ser uma forma de mantê-los calmos, sem se angustiarem e sem proibirem ou castigarem seus filhos por isso. Para lidar com essas situações, uma recomendação é dialogar com a criança, mostrando a compreensão de que se trata de uma atividade prazerosa, mas que alguns limites devem ser respeitados, como não se tocar em locais públicos (BANZATO, 1999).

Se a masturbação tornar-se compulsiva, prejudicando outras atividades da vida da criança, isso pode significar que ela não está conseguindo lidar de outra forma com suas dificuldades e angústias. Cabem aos pais, profissionais da área da saúde e da educação identificar o contexto em que essa atividade ocorre e dar a devida atenção à criança (BANZATO, 1999).

Caso o diálogo ou as tentativas de minimizar as angústias, dentro do contexto de vida criança, não resultem em mudanças do comportamento compulsivo, é importante buscar a ajuda de um profissional especializado.

CAPÍTULO 6

ABORDANDO A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde sexual como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade; não é meramente ausência de doenças, disfunções ou debilidades. A saúde sexual requer abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, das relações sexuais, tanto quanto a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos.

A saúde sexual é um tema importante a ser incorporado às ações desenvolvidas na Atenção Básica, com a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde das pessoas. Tradicionalmente, as questões relacionadas à saúde sexual são pouco ou mesmo não são abordadas.

Os profissionais de saúde, em geral, sentem dificuldades de abordar os aspectos relacionados à sexualidade ou à saúde sexual de seus pacientes. Trata-se de uma questão que levanta polêmicas, na medida em que a compreensão da sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus, e os profissionais de saúde não se sentem preparados ou se sentem desconfortáveis em lidar com o tema.

As equipes de Atenção Básica/Saúde da Família têm um papel fundamental na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, tendo em vista a sua atuação mais próxima das pessoas em seu contexto familiar e social.

CICLO DE RESPOSTAS AOS ESTÍMULOS SEXUAIS

As reflexões sobre a questão da sexualidade remetem aos conceitos de normal e de patológico. Antes dos estudos populacionais de Kinsey (Kinsey et al., 1948), "normalidade" quanto à atividade sexual era a conduta heterossexual, com excitação exclusiva dos órgãos sexuais primários. Os estudos desse pesquisador revelaram, no entanto, a seguinte realidade: as mais diferentes práticas sexuais ocorriam entre os americanos e envolviam, de forma ampla e irrestrita, os corpos de ambos os parceiros, concentrando-se nos genitais somente para a finalização do ato (ABDO; FLEURY, 2006).

Por sua vez, Masters e Johnson, pesquisadores americanos, empreenderam nos anos 60 estudo histórico e pioneiro na área da fisiologia sexual. Desenvolveram um modelo de ciclo de resposta sexual constituído por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Cada uma dessas fases apresenta mudanças físicas características observadas tanto em homens como em mulheres (ABDO; FLEURY, 2006).

Na década de 1970, Helen Kaplan, psicanalista americana, propôs nova concepção da resposta sexual em três fases: desejo, excitação e orgasmo. Para a autora, antes da fase de excitação, há o desejo e não se justifica o platô, em vista de ser a excitação crescente, o que conduz ao orgasmo (KAPLAN, 1977).

A partir da associação dos modelos propostos por Masters e Johnson e por Kaplan, a Associação Psiquiátrica Americana (2002) estabeleceu novo modelo para o ciclo das respostas aos estímulos sexuais, definindo a resposta sexual saudável como um conjunto de quatro etapas sucessivas:

- **Fase de desejo sexual:** o desejo sexual é vivido pela pessoa como sensações específicas que a fazem procurar ou ser receptiva à experiência sexual. As fontes que estimulam o desejo sexual variam de pessoa para pessoa. Muitos fatores influenciam negativamente no desejo sexual, como estar doente, deprimido(a), ansioso(a), achar que sexo é errado, estar com raiva do(a) parceiro(a), sentir-se explorado(a) de alguma forma pelo(a) outro(a), ter medo do envolvimento afetivo, entre outros.

- **Fase de excitação:** fase de preparação para o ato sexual, desencadeada pelo desejo. Estímulos psicológicos (pensamentos e fantasias) e/ou físicos (tato, olfato, gustação, audição e visão) podem levar à excitação. Junto com sensações de prazer, surgem alterações corporais que são representadas basicamente, no homem, pela ereção, e na mulher, pela vasocongestão da vagina e da vulva e pela lubrificação vaginal.

- **Fase de orgasmo:** é o clímax de prazer sexual, que ocorre após uma fase de crescente excitação. No homem, junto com o prazer, ocorre a sensação de não conseguir mais segurar a ejaculação e, então, ela ocorre. Na mulher, ocorrem contrações musculares rítmicas em volta da entrada da vagina.

- **Fase de resolução:** é um período em que o organismo retorna às condições físicas e emocionais usuais, considerando que, nas fases anteriores, a respiração, a circulação periférica, os batimentos cardíacos, a pressão arterial, a sudorese, entre outras manifestações do organismo, tenderiam a se pronunciar.

Todas essas fases também podem ser vivenciadas na masturbação, que é um componente da sexualidade e consiste no toque em áreas que dão prazer ao indivíduo, que incluem os genitais e/ou outras partes do corpo, com a finalidade de obter prazer.

Deixar de vivenciar alguma dessas fases, numa atividade sexual, não necessariamente significa que a pessoa está com algum problema. Não experimentar alguma das fases descritas pode ser uma situação transitória, dependendo de diversos fatores circunstanciais de ordem biológica, psicológica ou sociocultural.

Podem ocorrer queixas de dificuldades nas relações sexuais. Essas dificuldades podem gerar insatisfação sexual, não necessariamente implicando falha de desempenho,

mas ausência ou diminuição do padrão habitual de satisfação, interesse ou de resposta sexual, causando incômodo ou dificuldades interpessoais. Nas dificuldades, incluem-se, por exemplo: incapacidade de relaxar, medo ou receio de intimidade, dificuldade de comunicação com o parceiro, ansiedade quanto ao desempenho sexual, diminuição do desejo, entre outras.

Quando as dificuldades sexuais se tornam persistentes e recorrentes a ponto de causar sofrimento, estas devem ser investigadas com atenção, para que se possa identificar se a situação corresponde ou não a um quadro de disfunção sexual.

DISFUNÇÕES SEXUAIS

As disfunções sexuais são problemas que ocorrem em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento dessas fases, manifestando-se de forma persistente ou recorrente. Por exemplo, homens que não tenham ereção ou tenham ejaculação precoce, mulheres que nunca tiveram ou frequentemente não tenham orgasmo.

As disfunções sexuais muitas vezes deixam de ser diagnosticadas porque a pessoa não apresenta a queixa ou porque o profissional de saúde não aborda a questão, seja por sentir dificuldade em realizar essa abordagem, seja por não se sentir suficientemente preparado.

O diagnóstico das disfunções sexuais é tão importante quanto a identificação de qualquer outro agravo à saúde e de suma relevância, uma vez que interferem na qualidade de vida das pessoas.

Os dados da anamnese são fundamentais. Além disso, as condições do(a) parceiro(a) e o contexto da relação devem ser investigadas. Assim, um homem com ejaculação precoce pode conduzir sua parceira a se considerar anorgásmica, quando, de fato, a precocidade dele a impede de concluir o ciclo de resposta sexual com êxito (ABDO; FLEURY, 2006).

Abdo e Fleury (2006) ressaltam que é importante fazer distinção entre disfunção primária (ao longo da vida) e secundária (adquirida), bem como entre disfunção generalizada, presente com qualquer parceria, e situacional, presente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias.

A maioria dos casos de disfunção sexual está relacionada a problemas psicológicos ou problemas no relacionamento. Mas podem também ser resultado de problemas orgânicos ou uso de certas substâncias, como drogas, remédios ou exposição a toxinas. Há de se considerar, ainda, as situações apresentadas por pessoas com deficiência, a serem analisadas caso a caso, por envolverem múltiplas facetas. A seguir, alguns fatores que podem estar relacionados às disfunções sexuais:

- **Aspectos psicológicos:** tabus sobre a própria sexualidade, como: associações de sexo com pecado, com desobediência ou com punições; baixa autoestima; fobias relacionadas ao ato sexual; a não aceitação da própria orientação sexual, entre outros.

- **Dificuldades nos relacionamentos:** brigas, desentendimentos quanto ao que cada um espera do relacionamento; falta de intimidade; dificuldades de comunicação entre os parceiros.

- **Questões decorrentes de traumas:** devido a violências.

- **Condição geral de saúde:** presença de disfunção sexual decorrente dos efeitos diretos de uma doença, como: depressão, ansiedade, doenças crônico-degenerativas graves, entre outras.

- **Efeitos diretos de uma substância:** medicamentos – alguns anti-hipertensivos, alguns antiarrítmicos, alguns psicotrópicos, anabolizantes, álcool e outras drogas, exposição a toxinas, entre outros. Geralmente, ocorre dentro de um período de intoxicação significativa ou abstinência de uma substância.

Hawton (1985 apud KNAPP, 2004) apresenta fatores predisponentes, precipitantes e mantedores das disfunções sexuais, conforme disposto, de forma esquemática, no quadro a seguir:

Fatores predisponentes:

- Educação rígida;
- Relações familiares conflituosas;
- Informação sexual inadequada;
- Experiências sexuais traumáticas.

Fatores precipitantes:

- Partos;
- Problemas conjugais;
- Infidelidade;
- Disfunção sexual do(a) parceiro(a);
- Falhas ocasionais;
- Reação a fatores orgânicos;
- Idade;
- Depressão e ansiedade;
- Experiência sexual traumática.

Fatores mantedores:

- Ansiedade de desempenho;
- Antecipação de fracasso;
- Culpa;
- Crenças irracionais;
- Comunicação deficiente entre os parceiros;
- Problemas conjugais;
- Medo de intimidade;
- Autoimagem distorcida;
- Informação sexual inadequada;
- Falta de preliminares sexuais;
- Distúrbios psiquiátricos;
- Perda de atração sexual entre os parceiros.

A Associação Psiquiátrica Americana (2002) classifica as disfunções sexuais da seguinte forma:

- **Desejo sexual hipoativo:** diminuição, ausência ou perda do desejo de ter atividade sexual. A falta ou diminuição do desejo sexual constitui-se um problema quando interfere na vivência da sexualidade pela pessoa. Não pode ser caracterizada como disfunção quando ocorre em virtude de problemas circunstanciais (momentos de tristeza, luto, estresse, entre outros) ou, ainda, quando se manifesta eventualmente, sem identificação de um motivo específico.

- **Aversão sexual:** aversão e esquiva ativa do contato sexual com um parceiro, envolvendo fortes sentimentos negativos suficientes para evitar a atividade sexual.

- **Falha na fase de excitação sexual ou falha de resposta genital:** ocorre quando há incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual, com lubrificação-turgescência vaginal ou dificuldade de ter ou manter uma ereção adequada (conhecida como disfunção erétil) até a conclusão da atividade sexual.

- **Ejaculação precoce:** ocorrência de orgasmo e ejaculação, com estimulação mínima antes, durante ou logo após a penetração e antes que o indivíduo a deseje. A ejaculação pode ocorrer logo que o homem tem pensamentos eróticos e ereção, sem nem ocorrer a penetração ou, ainda, logo após haver a penetração, o que leva a uma redução na sensação de prazer. Questões psicológicas como ansiedade, primeiras experiências sexuais tensas, novos parceiros ou ainda dificuldades no relacionamento, geralmente, estão entre as principais causas de ejaculação precoce. Mas as causas também podem ser orgânicas.

- **Anorgasmia ou disfunção orgásmica:** grande retardo ou ausência do orgasmo quando ocorre de maneira persistente ou recorrente, após uma fase normal de excitação sexual. A mulher ou o homem com anorgasmia pode aproveitar plenamente das outras fases do ato sexual, isto é, tem desejo, aproveita as carícias e se excita, porém algo bloqueia o orgasmo; no homem há ausência ou retardo da ejaculação. É importante buscar saber se a pessoa nunca teve orgasmo na vida ou se tinha orgasmos e passou a não tê-los mais. A anorgasmia pode ser classificada em absoluta quando ocorre sempre, e situacional quando ocorre só em certas situações, por exemplo, em locais onde a pessoa não se sente confortável ou em virtude de algum tipo de conflito.

- **Vaginismo:** é uma contração involuntária, não desejada, da musculatura da vagina que ocorre quando a penetração é tentada ou quando a mulher imagina que possa vir a ter um ato sexual com penetração. A penetração pode tornar-se impossível ou extremamente dolorosa.

- **Dispareunia:** é a dor genital que ocorre durante a relação sexual. Pode ocorrer em homens, mas é mais comum em mulheres. Embora a dor seja mais frequente durante o ato sexual, também pode ocorrer antes ou após o intercurso da relação sexual.

Além das disfunções sexuais descritas, podem ser identificados comportamentos sexuais incomuns ou bizarros que podem ter efeitos lesivos à pessoa ou a terceiros, as parafilias.

PARAFILIAS

As parafilias são caracterizadas por impulsos, fantasias ou práticas sexuais incomuns ou particulares, frequentemente compulsivas e em certas condições muito lesivas à própria pessoa ou a outrem. A pessoa é incapaz de controlar o impulso, apresentando comportamento desviante que pode ser aumentado com situações que geram ansiedade, estresse ou depressão. Podem envolver apenas a fantasia, a atividade sexual solitária ou com outra pessoa (KAPLAN e SADOCK, 1998; DALGALARRONDO, 2008).

A seguir, descreve-se o conceito de algumas parafilias, de acordo com Kaplan e Sadock (1998):

- **Exibicionismo:** exposição dos genitais em público, com intuito de impressionar ou chocar as pessoas.
- **Fetichismo:** excitação sexual com objetos inanimados, como sapatos, cabelo, roupas íntimas, entre outros.
- **Pedofilia:** atividade sexual com crianças.
- **Masoquismo:** prazer ou excitação sexual derivada do fato de sofrer abuso/agressão física ou psicológica ou de ser humilhado (masoquismo moral).
- **Sadismo:** excitação sexual derivada do fato de causar sofrimento físico ou psicológico a outra pessoa.
- **Zoofilia:** sexo com animais.
- **Frotteurismo:** friccionar genitais em outras pessoas (fora do contexto de uma atividade sexual com um parceiro) para adquirir excitação.
- **Voyerismo:** excitação sexual pela observação de atos sexuais ou pessoas nuas.

Nem sempre é fácil discriminar as fronteiras que diferenciam o que é normal e o que é patológico em algumas parafilias, uma vez que fantasiar e/ou colocar em prática certos atos sexuais pode se dar de diferentes formas que ultrapassem ou não os limites entre “o eu e o outro”, podendo ou não ter efeitos lesivos.

De que forma o profissional de saúde da Atenção Básica pode contribuir para a oferta de uma atenção de qualidade no campo da saúde sexual?

A seguir, algumas recomendações para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família na atenção em saúde sexual:

- Primeiramente OUVIR...
- Serem proativas, no que se refere a abordar nos atendimentos os temas sexualidade e qualidade da atividade sexual: satisfação, prática do sexo seguro, existência e tipos de dificuldades.
- Considerar, na abordagem, o contexto de vida da pessoa ou do casal, influências religiosas, culturais, educação sexual, qualidade da relação e da comunicação com o(a) parceiro(a), uso de álcool e outras drogas, desejo ou não desejo em relação a ter filhos, entre outras questões que possam ser relacionadas à saúde sexual.
- Prestar suporte emocional e psicológico (acolhimento, escuta qualificada).
- Orientar e ajudar a desfazer mitos e tabus, com uma abordagem positiva do prazer sexual.
- Quando houver dificuldades sexuais, discutir as possibilidades para a realização de mudanças graduais, no sentido de buscar maior satisfação, por exemplo (SPENCER, 1991 apud KNAPP, 2004):
    - Dialogar sobre a possibilidade de o casal aumentar o repertório sexual (local, posições etc.).
    - Incentivar a comunicação entre os parceiros, o que resultará maior confiança e segurança para solicitar um ao outro o que desejam.
    - Trabalhar com a pessoa o direito que ela tem em se sentir confortável, para sentir e dar prazer.
    - Buscar despertar na pessoa a consciência de que ela também tem responsabilidade pelo seu próprio prazer.
    - Incentivar o autoconhecimento.
    - Incentivar a troca de carinhos e carícias que não estejam restritas aos genitais.
- Instituir cuidados gerais da saúde e promover o autocuidado, que podem contribuir para uma melhor saúde sexual.
- Identificar e substituir, quando possível, medicamentos que possam interferir na saúde sexual e na saúde reprodutiva.

- Instituir tratamentos para as doenças ou condições que estejam interferindo na saúde sexual: doenças ginecológicas, urológicas, doenças crônico-degenerativas, tais como hipertensão arterial, diabetes, entre outras.
- Garantir o acesso a informações, métodos e meios para a regulação da fecundidade e para a proteção contra as DST/HIV/Aids.
- Realizar ações de educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, individual e em grupos. Em qualquer grupo esse assunto pode ser abordado, por exemplo, em um grupo de pessoas com hipertensão, considerando que um grupo não pode tratar apenas de questões de doença, deve-se promover saúde, entre elas a sexual e a reprodutiva. Para exemplificar, um dos principais problemas de não aderência da medicação anti-hipertensiva em homens é o mito da impotência sexual, escrito em quase todas as bulas como efeito colateral ou que corre de "boca em boca" na comunidade.
- Identificar os casos que necessitam de referência para a atenção especializada, sendo que a definição dos fluxos e pactuações para essa referência são de responsabilidade da gestão.

Muitos casos de dificuldades sexuais poderão ser resolvidos na Atenção Básica com as orientações suprarreferidas. Não obtendo sucesso com as condutas indicadas, o profissional da Atenção Básica deve encaminhar as pessoas a profissionais/serviços especializados, mantendo o acompanhamento e dando suporte às terapias instituídas. Há múltiplos fatores envolvidos nas causas das disfunções sexuais. Por isso, recomenda-se que, na medida do possível, a abordagem desses problemas seja realizada por uma equipe multidisciplinar. Os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família ou de serviços especializados de referência podem dar suporte à identificação desses casos, quando houver suspeita pelos profissionais da Atenção Básica, ou podem contribuir com a qualificação dos profissionais da Atenção Básica para que consigam perceber com maior facilidade situações características de disfunções.

Ressalta-se a necessidade de que a equipe multidisciplinar avalie caso a caso para a escolha de terapêutica individualizada. As terapias para os casos de disfunções sexuais serão realizadas por profissional especializado, mas podem ser apoiadas/acompanhadas pelos profissionais de Atenção Básica, a depender da situação específica.

CAPÍTULO 7

ABORDANDO A SAÚDE REPRODUTIVA NA ATENÇÃO BÁSICA

O programa de ações resultante da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, estabelece, entre outras metas importantes, que todos os países devem se esforçar para que, até o ano de 2015, a saúde reprodutiva esteja ao alcance de todas as pessoas, de idades apropriadas, por meio de um sistema de Atenção Básica à Saúde (NACIONES UNIDAS, 1995 apud CORRÊA, ALVES e JANUZZI, 2006).

Nesse mesmo documento, o conceito sobre saúde reprodutiva avançou em relação às concepções anteriores, por incorporar de forma explícita os homens nas questões relativas à saúde reprodutiva e também por atribuir devida importância à saúde sexual no contexto da atenção à saúde reprodutiva.

O Ministério da Saúde define Atenção Básica como um conjunto de ações, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Deve ser desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe e ser dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais a equipe assume responsabilidade sanitária (BRASIL, 2007d).

A atenção em saúde reprodutiva é uma ação básica de saúde.

No Brasil, as políticas públicas têm como um dos primeiros marcos nessa área a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, que incluiu o planejamento familiar no elenco mínimo de ações voltadas para a atenção integral à saúde da mulher. Até então, não havia, no Brasil, política instituída no campo do planejamento familiar.

O planejamento familiar é definido no art. 2º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, da seguinte forma:

> Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.
>
> Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico. (BRASIL, 1996).

Constitui-se, portanto, em um direito sexual e reprodutivo e, dessa forma, a atenção em planejamento familiar deve levar em consideração o contexto de vida de

cada pessoa e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência.

Considerando que o planejamento pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem instituir uma família, vem sendo amplamente discutida a utilização do termo planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar, havendo a defesa de que se trata de uma concepção mais abrangente. Por exemplo, o adolescente, o jovem ou o adulto, homem ou mulher, independentemente de ter ou não uma união estável ou de constituir uma família, pode fazer, individualmente ou com o(a) parceiro(a), uma escolha quanto a ter ou não ter filhos. A partir dessa nova perspectiva, neste documento optou-se por utilizar o termo planejamento reprodutivo.

As pessoas têm o direito de planejar a vida de acordo com as suas necessidades. O planejamento reprodutivo é um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças. Contribui para uma prática sexual mais saudável, possibilita o espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto, melhorando as condições que ela tem para cuidar dos filhos e para realizar outras atividades.

LEMBRE-SE

Planejamento reprodutivo é um termo mais adequado que planejamento familiar e não deve ser usado como sinônimo de controle de natalidade.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO VERSUS CONTROLE DE NATALIDADE

É frequente a utilização do termo controle de natalidade como sinônimo de planejamento reprodutivo, todavia se tratam de conceitos diferentes. O controle de natalidade implica imposições do governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres. O planejamento reprodutivo baseia-se no respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

Existem teorias que correlacionam pobreza e número de filhos. Entretanto, sobre a questão de uma possível "explosão demográfica", no Brasil, os dados demonstram o contrário. O que de fato vem ocorrendo no País, ao longo das últimas décadas, é um acentuado e sistemático declínio da Taxa de Fecundidade Total (TFT), que desacelerou o crescimento anual da população.

A Taxa de Fecundidade Total estimada pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança, realizada em 2006 – PNDS/2006, atingiu o valor de 1,8 filho por mulher, em contraste com os 2,5 filhos por mulher registrados pela PNDS realizada em 1996. Manteve-se a tendência de queda, tendo ocorrido grande redução em relação ao patamar de 6,2 filhos por mulher, observado até meados dos anos 60. A maior redu-

ção ocorreu nas áreas rurais, de 3,4 para 2,0, e na Região Norte, de 3,7 para 2,3 filhos por mulher (BRASIL, 2008a).

O processo de declínio da fecundidade, sobretudo a partir dos anos 80, generalizou-se por todas as regiões e estratos sociais, de modo que, mesmo as regiões que antes tinham fecundidade elevada, experimentaram notável declínio de seu valor.

Essa acentuada queda da fecundidade não se fez acompanhar de alterações significativas na situação de pobreza e desigualdades sociais existentes.

Segundo relatórios do Banco Mundial, durante as últimas duas décadas, o processo de concentração de renda se acentuou. De acordo com esses relatórios, a sociedade brasileira tem se caracterizado como uma das mais desiguais, em comparação com outras nações (BRASIL, 2005d).

É na Região Nordeste que se observam os níveis mais elevados de pobreza absoluta no País e onde a distribuição de renda é mais concentrada. Os indicadores também apontam que essa situação é pior entre as mulheres, de um modo geral, e entre homens e mulheres da população afrodescendente (BRASIL, 2005d).

O governo brasileiro pauta-se pelo respeito e garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos e, nesse sentido, coloca-se claramente contrário a qualquer política com caráter controlista da natalidade, ou seja, que implique imposições do governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres. A superação da situação de pobreza existente no País passa pela implementação de políticas que promovam o desenvolvimento sustentável e a distribuição mais igualitária da riqueza, diminuindo dessa forma as enormes desigualdades existentes (BRASIL, 2005d).

O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA

No que se refere ao planejamento reprodutivo, a atuação dos profissionais de saúde deve estar pautada na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal. Nesse sentido, o planejamento reprodutivo deve ser tratado dentro do contexto dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.

Os profissionais de saúde da Atenção Básica devem procurar compreender as expectativas das pessoas no que diz respeito à reprodução e ajudá-las a concretizarem essas expectativas, respeitando suas escolhas.

LEMBRE-SE

A principal ferramenta do profissional de saúde é a escuta. A capacidade de silenciar e ouvir o outro melhora a compreensão das suas necessidades e torna a abordagem mais resolutiva.

As ações de saúde voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas na mulher, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens nessas questões. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama. É preciso avançar no sentido de ampliar a abordagem também para os homens, promovendo o seu efetivo envolvimento nas ações, considerando e valorizando sua corresponsabilidade nas questões referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Pesquisas indicam que os profissionais da Atenção Básica não se sentem preparados para implementar as ações referentes ao planejamento reprodutivo e que o planejamento reprodutivo ainda não é percebido como uma ação básica de saúde.

Os serviços de saúde devem oferecer ações educativas individuais, ao casal e em grupo, e acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade que não comprometam a vida e a saúde das pessoas, garantindo direitos iguais para a mulher, para o homem ou para o casal, num contexto de escolha livre e informada.

Para a plena concretização das ações de planejamento reprodutivo, os gestores municipais devem: garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dotando-as de recursos materiais, tecnologias apropriadas, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; apoiar processos de educação permanente; e estruturar a rede de referências fora do âmbito da Atenção Básica.

É preciso também que os serviços de saúde desenvolvam ações que contemplem a saúde sexual e a saúde reprodutiva dos homens, tais como abordagem das disfunções sexuais, prevenção e controle do câncer de próstata e do câncer de pênis, prevenção e tratamento das DST, acesso à vasectomia, entre outras. Devem ainda promover o conceito de igualdade entre homens e mulheres.

Atividades a serem desenvolvidas na atenção em saúde reprodutiva

Na Atenção Básica, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve, principalmente, três tipos de atividades:

- Aconselhamento.
- Atividades educativas.
- Atividades clínicas.

Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas.

Deve-se ainda promover a interação dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir uma atuação multi e interdisciplinar.

O **aconselhamento** é um diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal que visa a proporcionar à pessoa condições para que avalie suas próprias vulnerabilidades, tome decisões sobre ter ou não filhos e sobre os recursos a serem utilizados para concretizar suas escolhas, considerando o que seja mais adequado à sua realidade e à prática do sexo seguro.

Essa prática pressupõe:

- Acolhimento da demanda da pessoa ou casal, entendida como suas necessidades, curiosidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias, relacionadas às questões de sexualidade, planejamento reprodutivo e prevenção das DST/HIV/Aids.
- Identificação do contexto de vida da pessoa ou do casal e suas ideias, desejos ou não desejos em relação a ter ou não ter filhos.
- Abordagem proativa com questioname ntos sobre a atividade sexual.
- Avaliação de vulnerabilidades individual ou do casal, para a infecção pelo HIV e outras DST.
- Compreensão de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta e solidária dos profissionais de saúde com a pessoa ou o casal.

As **atividades educativas** são fundamentais para a qualidade da atenção prestada. Têm como objetivo oferecer às pessoas os conhecimentos necessários para a escolha livre e informada. Propicia a reflexão sobre os temas relacionados à sexualidade e à reprodução.

As **atividades clínicas**, voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, devem ser realizadas visando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. É importante salientar que elas devem se inserir na perspectiva da atenção integral à saúde, evitando-se a fragmentação das ações.

As atividades clínicas devem incluir:

- Anamnese.
- Exame físico.
- Identificação das necessidades individuais e/ou do casal, incentivando a livre expressão dos sentimentos e dúvidas quanto à sexualidade e à saúde reprodutiva.
- Identificação de dificuldades quanto às relações sexuais ou de disfunção sexual.

- Ações de prevenção do câncer de próstata. Em homens com idade superior a 50 anos, recomenda-se a avaliação anual e realização de exames (Antígeno Prostático Específico – PSA e toque retal) para detecção precoce do câncer de próstata.
- Orientações para a prevenção do câncer de pênis, incluindo recomendações para o autoexame, principalmente para homens com idade acima de 50 anos.
- Ações de prevenção do câncer de colo de útero e de mama, com especial atenção para a orientação do autoexame das mamas e para a realização do exame preventivo do câncer de colo de útero.
- Identificação da data da última coleta do exame preventivo do câncer de colo de útero e avaliação da necessidade de realização de nova coleta, de acordo com o protocolo vigente.
- Atenção pré-natal e puerperal.
- Atenção à saúde da mulher no climatério/menopausa.
- Orientação para prevenção de DST/HIV/Aids, com incentivo à dupla proteção.
- Orientação para a escolha dos recursos à concepção ou à anticoncepção, incentivando a participação ativa na decisão individual ou do casal.
- Prescrição e oferta do método escolhido.
- Acompanhamento da pessoa ou do casal.

CAPÍTULO 8

PROMOVENDO A SAÚDE SEXUAL E A SAÚDE REPRODUTIVA NA DIVERSIDADE

O Ministério da Saúde vem atuando em diversas frentes para assegurar que as políticas de saúde estejam em consonância com as diretrizes de promoção da igualdade racial, étnica, de gênero, de geração e de orientação sexual, em um contexto de enfrentamento a toda forma de discriminação.

Muitas ações afirmativas vêm se desenvolvendo no sentido de buscar concretizar o princípio da equidade no SUS. O conceito de equidade implica que pessoas e coletivos que se encontram em circunstâncias especiais ou que sejam considerados "diferentes" sejam tratados de forma que suas particularidades sejam respeitadas, observando-se os critérios de justiça e igualdade. Assim, o tratamento equitativo requer uma adequação das práticas e serviços, em conformidade com as especificidades.

Ações afirmativas, por sua vez, também chamadas de ações positivas, são ações concebidas e implementadas no intuito de compensar ou combater prejuízos causados e acumulados historicamente a segmentos da população, apoiando-os no processo de superação das condições de iniquidade, subordinação e exclusão que os afligem. O objetivo de tais ações é incidir na vida das pessoas com medidas de "empoderamento", de modo a incrementar a democracia.

Os grupos populacionais destacados a seguir possuem especificidades que devem ser consideradas na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES E JOVENS

Segundo o último censo do IBGE, a faixa etária entre 10 e 24 anos corresponde a aproximadamente 30% da população nacional, tendo grande expressividade populacional.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida, período compreendido entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias; e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos. Há, portanto, intersecção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. O Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS e recorre aos termos "população jovem" ou "pessoas jovens" para referir-se ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Abordar o tema da sexualidade na adolescência e na juventude é de fundamental importância. Nesse momento da vida, muitas dúvidas aparecem relacionadas às mudanças corporais e psicológicas e às primeiras experiências sexuais.

Na adolescência, a sexualidade tem uma dimensão especial, que é o aparecimento da capacidade reprodutiva no ser humano, que acontece ao mesmo tempo em que estão ocorrendo profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais. O acelerado crescimento físico dessa fase é acompanhado pela maturação sexual. A capacidade de abstração e o pensamento crítico se desenvolvem, juntamente com um maior senso de independência emocional e de autoconhecimento. Formula-se, gradualmente, o código pessoal de valores éticos e morais.

Por isso, é importante para os adolescentes e jovens – e também para todas as pessoas – buscarem conhecer o funcionamento do seu corpo e compreender os seus sentimentos, para que possam fazer escolhas para as suas vidas que melhor favoreçam a expressão da sua sexualidade.

Segundo Amparo Caridade (1999), o adolescente é alguém que experimenta a sua sexualidade na rapidez, na leveza e na diversidade. A prática do "ficar" parece expressiva desse comportamento. Na ética adolescente, "ficar" significa não ficar, não ter compromisso com amanhã, não criar vínculos definitivos. É, pois, não ficando quando "ficam" que eles ensaiam, descobrem, experimentam, conhecem sensações, sem os "pudores" de outras gerações.

Por outro lado, a sexualidade vivida pelo adolescente ganha a feição do contexto cultural em que ela se insere. A sexualidade é plasmada pela linguagem e pelos valores vigentes nessa época. Não há determinação biológica que mantenha um definitivo acerca do sexual. Nada está definitivamente estabelecido (CARIDADE, 1999).

É no contexto da Cultura do Narcisismo, fragmentada em mínimos eus, terra do "salve-se quem puder", que o adolescente desenvolve sua sexualidade. A sexualidade que vem sendo estimulada na sociedade moderna baseia-se: no exibicionismo de corpos, no voyeurismo de contemplá-los e no fetichismo de consumi-los. Uma sexualidade vivida no corpo, não na pessoa. Mais desempenho e sensação que sentimento. Mais uso do outro do que partilha. Mais quantidade que qualidade (CARIDADE, 1999).

Para superação desses modelos sociais e sexuais, faz-se necessário incorporação de valores éticos. Em termos sexuais, ético seria aquilo que é bom e vivido em mão dupla, que atende ao interesse de ambos, que não violenta ninguém. A atitude ética implica aprender a respeitar o outro, tolerar as diferenças, valorizar a vida e as pessoas, viver com dignidade (CARIDADE, 1999).

Adolescentes e jovens são pessoas livres e autônomas, que têm direito a receber educação sexual e reprodutiva e a ter acesso às ações e serviços de saúde que os auxiliem a lidar com a sexualidade de forma positiva e responsável e os incentive a adotar comportamentos de prevenção e de cuidado pessoal.

PANORAMA SITUACIONAL DA SAÚDE SEXUAL E DA SAÚDE REPRODUTIVA DOS ADOLESCENTES E JOVENS BRASILEIROS

A Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas (PCAP) da População Brasileira em relação ao HIV e outras DST, entre pessoas de 15 e 54 anos, realizada pelo Ministério da Saúde, em 2004, revelou, com relação às práticas sexuais, que 74% dos jovens tiveram alguma relação sexual na vida e 66,4% tiveram relação no último ano. O início da atividade sexual aconteceu, em média, aos 15,3 anos e aproximadamente 36% dos jovens tiveram a primeira relação antes dos 15 anos. Cerca de 16% deles tiveram mais de 10 parceiros na vida e quase 7% tiveram mais de cinco parceiros eventuais no último ano (BRASIL, 2005g).

Quanto à prática do sexo seguro, o uso de preservativo na primeira relação foi relatado por 53% dos jovens. Quase 40% deles declararam o uso da camisinha em todas as relações sexuais, independentemente da parceria, 38,8% com parceiro fixo e 58,4% com parceiro eventual. Chama a atenção o fato de que 95% citaram o preservativo como forma de proteção da infecção pelo HIV.

Com relação à atividade sexual e à anticoncepção, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, constatou que as mulheres estão começando sua vida sexual cada vez mais cedo, o mesmo sucedendo com a prática contraceptiva. Até os 15 anos, em 2006, 33% das mulheres já haviam tido relações sexuais, valor que representa o triplo do ocorrido na PNDS/1996. Por sua vez, 66% das jovens de 15 a 19 anos sexualmente ativas já haviam usado algum método anticoncepcional, sendo que o preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis (5%) foram os mais utilizados (BRASIL, 2008a).

Por sua vez, a epidemia de Aids tem crescido entre adolescentes e jovens. Verifica-se que no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foram notificados, no período de 2000 a 2006, 19.793 casos de Aids, em jovens de 13 a 24 anos, o que representa 80% dos casos identificados nesse período, que foi de 24.603 casos. Entre os jovens de 13 e 19 anos, considerando-se o período de 1982 a 2006, o número de caso vem crescendo desde o início da epidemia (BRASIL, 2007e).

A partir de 1998, houve inversão da razão de sexo dos casos de Aids em jovens de 13 a 19 anos. Em 2005, esse indicador atingiu o valor de 0,6:1 (H:M), ou seja, 6 homens para cada 10 mulheres. Em jovens de 20 a 24 anos a inversão da razão de sexo não foi observada (BRASIL, 2007e).

São insuficientes os dados sobre prevalência de DST entre a população adolescente e jovem. Todavia, pode-se presumir que o início da vida sexual mais cedo e os dados sobre a não utilização de preservativos indicam a vulnerabilidade de adolescentes e jovens a essas infecções, destacando-se o herpes genital e o HPV – 17% e 25% dos casos registrados na faixa dos 10 aos 24 anos, respectivamente (BRASIL, 2007a). Segundo o Estudo de Prevalência das DST, realizado no período de 2003 a 2006, a clamídia, infecção silenciosa, tem prevalência de 9% entre mulheres gestantes jovens.

A taxa de fecundidade é um aspecto importante a ser considerado nesse panorama. Se entre as mulheres adultas se assistiu, nas quatro últimas décadas, a um decréscimo na taxa de fecundidade, entre as adolescentes, no período de 1990 a 2000, houve aumento na taxa de fecundidade de 26%. Todavia, a partir de 2000, observa-se queda no número de nascidos vivos nas faixas etárias de 15 a 19 e de 20 a 24 anos. A partir de 2001, observa-se, também, o decréscimo desses valores na faixa etária de 10 a 14 anos (BRASIL, 2007a).

O número de internações no SUS para atendimento obstétrico, na faixa etária de 10 a 19 anos, no ano de 2007, correspondeu a aproximadamente 25% do total desse atendimento (Fonte: DATASUS/MS).

Em 2005, 1.615 óbitos de mulheres foram registrados por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Destas mulheres, 254 (16%) tinham entre 10 e 19 anos e 350 (22%) entre 20 e 24 anos. Portanto, 38% dos óbitos maternos registrados naquele ano atingiram a população mais jovem (Fonte: DATASUS/MS).

Esse dado pode estar relacionado, como demonstram vários estudos sobre mortalidade materna, à precariedade na assistência pré-natal e ao parto e, no caso desse segmento populacional, à ausência de atenção específica às adolescentes e jovens gestantes. Vale ressaltar que o aborto inseguro é uma causa importante de morte materna entre adolescentes e jovens, sobretudo entre aquelas em situação de pobreza.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência, assim como a anticoncepção na adolescência, são temas polêmicos e controversos nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva desse segmento.

Em geral, a gravidez na adolescência tem sido considerada situação de risco e elemento desestruturador da vida de adolescentes, assim como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade dos estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes.

A gravidez na adolescência é um acontecimento que está associado a diversos fatores sociais, como também pessoais e familiares. Por sua vez, é preciso considerar que há relevantes distinções entre a gravidez ocorrida no início da adolescência, na faixa etária de 10 a 14 anos, e aquela que ocorre na faixa etária de 15 a 19 anos.

Em muitos casos, a gravidez na adolescência está relacionada com a situação de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informações e acesso aos serviços de saúde, e ao baixo status de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes, sobretudo das pobres e negras. Alguns estudos têm explorado a relação entre gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos e a ocorrência de violência sexual, hipótese que não tem sido contestada (CAVASIN, 2004).

Por outro lado, não se pode deixar de considerar, na análise dessa questão, que a gravidez pode expressar um desejo de adolescentes e jovens e pode estar incluída em seus projetos de vida. A maternidade e a paternidade podem se revelar, ainda, como elemento reorganizador da vida, e não somente desestruturador.

Nesse contexto, garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens, homens e mulheres, significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha por uma gravidez. Para tanto, as informações, os métodos e meios para a regulação da fecundidade, assim como também a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, devem ser assegurados de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável.

PROMOVENDO A SAÚDE SEXUAL E A SAÚDE REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E JOVENS NA ATENÇÃO BÁSICA

De um modo geral, a frequência de adolescentes e jovens nos serviços de saúde no Brasil é ainda muito pequena. Segundo pesquisa da Unesco, os serviços de saúde não aparecem como um lugar importante e prioritário para se encontrar informações confiáveis sobre sexualidade, do ponto de vista dos adolescentes brasileiros (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004).

Por outro lado, vários estudos indicam que os profissionais de saúde não se sentem preparados para essa atenção, principalmente no que diz respeito aos seus aspectos éticos e legais.

Um grande desafio para os serviços de saúde é o de implementar ações de saúde que atendam às especificidades dessa população, de modo integral e respondendo às demandas colocadas pelas condições decorrentes das distintas situações de vida dos adolescentes e jovens do País. Essas ações devem considerar as desigualdades de gênero, de raça/cor, de orientação sexual e de classe social, e devem contribuir para a sua superação.

Nessa perspectiva, o acolhimento é um aspecto fundamental. Isso implica que todos os adolescentes e jovens que procuram o serviço de saúde sejam ouvidos com atenção, recebam informações, atendimento e encaminhamentos adequados. No mesmo sentido, é preciso que a burocracia não comprometa a qualidade do atendimento. Dessa forma, por exemplo, o acesso aos preservativos e ao teste de gravidez deve ser o mais abrangente e simples possível, favorecendo as ações de anticoncepção, de prevenção das DST/HIV/Aids e o acesso precoce ao pré-natal.

Os serviços também devem procurar desenvolver estratégias para envolver os adolescentes e jovens do sexo masculino, estimulando a corresponsabilidade nas questões relacionadas à prevenção da gravidez, das doenças sexualmente transmissíveis e na criação dos filhos.

Para promover a saúde sexual e a saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, é fundamental a realização de ações educativas sobre sexualidade, gênero, saúde sexual e saúde reprodutiva. Tais ações devem ter como princípio a igualdade entre homens e mulheres, incentivar o respeito mútuo nas relações e rejeitar todas as formas de violência, bem como atitudes discriminatórias, como a discriminação contra homossexuais ou a ridicularização dos adolescentes e jovens que não sejam sexualmente ativos. As informações oferecidas devem ser completas e precisas sobre sexualidade, anticoncepção, gravidez e proteção contra doenças sexualmente transmissíveis.

É importante que as ações educativas se desenvolvam em diferentes espaços, nas escolas, nas associações comunitárias, nos serviços de saúde, no domicílio, entre outros, buscando-se o envolvimento dos pais e familiares.

A garantia dos direitos sexuais, dos direitos reprodutivos e da atenção integral à saúde dessa população é uma questão de Direitos Humanos.

LEMBRE-SE

O profissional preparado sabe que nas visitas aos domicílios há um leque de possibilidades para promover saúde. Abordar o adolescente como um membro da família é atitude fundamental para estabelecer vínculos.

POPULAÇÃO IDOSA

Segundo o Censo Demográfico de 2000, realizado pelo IBGE, o grupo populacional com 60 anos ou mais representava 8,6% da população geral: cerca de 15 milhões de pessoas, dos quais 55% eram mulheres. Entre os maiores de 80 anos, essa proporção subia para 60,1%, das quais, aproximadamente, 41% eram viúvas. Cabe salientar ainda que, seguindo a tendência de quase todos os países do mundo, verifica-se contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro.

O envelhecimento populacional observado é decorrente de algumas mudanças relacionadas à queda da fecundidade e da mortalidade e ao aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização da moradia (BRASIL, 2006a).

A vivência da sexualidade modifica-se com o tempo, mas faz parte de todas as etapas da vida e sua expressão saudável é fundamental para a felicidade e realização do ser humano.

Apesar de a maioria dos idosos casados se manter sexualmente ativa, o desconhecimento, o preconceito e a discriminação podem fazer com que o comportamento

sexual na terceira idade seja visto como inadequado, imoral ou anormal, por vezes até pelos próprios idosos, que podem experimentar um sentimento de culpa ou de vergonha. Ao contrário, é a incapacidade de ter uma vida sexual satisfatória (o que inclui, mas não se restringe à capacidade de ter relações sexuais), que deve ser considerada anormal e para a qual deve ser oferecido tratamento, em qualquer idade que se manifeste.

Os preconceitos acerca da sexualidade da pessoa idosa atingem também os profissionais de saúde, que tendem a não valorizar suas queixas ou evitam tocar nesse assunto por não saberem lidar ele. A crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estão inexoravelmente ligados também tem sido responsável pela pouca atenção dada a essa questão nessa etapa da vida, aumentando a vulnerabilidade do idoso, inclusive, para as DST/HIV/Aids.

SEXUALIDADE DA PESSOA IDOSA

Com o avançar da idade, ocorre uma mudança na maneira de como as pessoas vivenciam e expressam a sua sexualidade, assim como há alterações orgânicas que afetam a atividade sexual em si.

Embora a frequência e a intensidade da atividade sexual possam mudar ao longo da vida, problemas na capacidade de desfrutar prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento. A sexualidade também deve integrar a avaliação global da saúde da pessoa idosa.

Comparados a adultos jovens, idosos têm necessidade de maior tempo para atingir a excitação sexual e completar a relação sexual, assim como também é maior o período de latência para que ocorra nova excitação.

Especificamente no homem, ocorre diminuição parcial da tumescência peniana, mas ainda suficiente para uma relação sexual satisfatória; assim como diminui a quantidade de sêmen ejaculado e a força com que ele é expelido.

Na mulher, após a menopausa, tanto pode ocorrer diminuição da libido, às vezes ligada à sensação de perda da juventude ativa e da capacidade reprodutiva, quanto exacerbação dela, por não mais haver o desconforto relacionado aos períodos menstruais, nem o medo de uma gestação indesejada. É importante lembrar que qualquer que seja o papel da menopausa, ele será sempre secundário em relação a todos os outros elementos que influenciam a vida sexual. É importante lembrar também que a **menopausa não é uma doença (crença fortemente disseminada) e pode ser vivida com saúde e prazer**.

Deve-se notar ainda que, na maioria dos idosos, mas não em sua totalidade, a frequência das relações sexuais geralmente diminui, e outras formas de contato físico passam a expressar com maior frequência o carinho e o afeto, assumindo maior importância na expressão da sua sexualidade.

O declínio na atividade sexual na velhice é influenciado mais pela cultura e atitudes do que pela natureza e fisiologia (ou hormônios). Os dois fatores mais importantes na interação sexual dos mais velhos são a força do relacionamento e a condição física de cada parceiro. Em geral, indivíduos sexualmente ativos, na vida adulta, tendem a continuar sexualmente ativos, quando idosos (SPEROFF; GLASS; KASE, 1995).

O papel dos profissionais de saúde é ter uma abordagem positiva da sexualidade na terceira idade, estimulando que essa fase seja vivida de forma plena e saudável.

Cabe ao profissional de saúde da Atenção Básica abordar ativamente essas questões como parte da avaliação clínica, oferecendo orientação e tratamento adequados aos transtornos que possam eventualmente ser identificados. É importante ressaltar que nem sempre será necessário o uso de medicamentos. Existem outros recursos terapêuticos que podem ser utilizados para a superação de problemas.

DISFUNÇÕES SEXUAIS NA PESSOA IDOSA

Apesar de transcender ao objetivo deste capítulo discorrer sobre todos os aspectos relacionados a esse tema, devido a sua complexidade, é papel fundamental do profissional da Atenção Básica identificar o surgimento de algum problema e ter claros os aspectos essenciais relacionados à saúde da pessoa idosa.

DISFUNÇÃO ERÉTIL

Define-se disfunção erétil como a incapacidade de obter e manter a ereção peniana suficiente para uma relação sexual satisfatória.

A disfunção erétil crônica não deve ser considerada normal, mesmo que seja mais frequente em idades mais avançadas. Suas principais causas estão relacionadas a doenças crônicas que possam causar impedimento ao fluxo sanguíneo (aterosclerose, insuficiência vascular) ou comprometer a inervação do pênis (neuropatia diabética, esclerose múltipla, traumatismo medular), além das alterações hormonais (hipogonadismo, hipotireoidismo e outros), efeitos colaterais de medicamentos (vide abaixo) e procedimentos médicos (prostatectomia radical, por exemplo).

Deve-se ter em mente que não existe um processo bem definido de "andropausa", isto é, uma diminuição hormonal masculina fisiológica relativamente súbita, similar à que ocorre na mulher. Tanto os sintomas de hipogonadismo masculino podem ser inespecíficos, como a interpretação correta das alterações das dosagens hormonais pode ser bastante difícil. Muitas vezes, requerem o encaminhamento a um serviço de referência para que esse diagnóstico possa ser feito com precisão.

As principais drogas associadas à disfunção erétil são o álcool, os opioides, os benzodiazepínicos, os antidepressivos, os neurolépticos, os anti-hipertensivos e o cetoconazol.

O tabagismo também pode causar disfunção erétil, tanto por contribuir com o processo de aterosclerose, quanto devido às propriedades vasoconstritoras da nicotina.

Cabe salientar que, muitas vezes, não é factível a suspensão de determinados medicamentos, tornando-se fundamental que o paciente seja esclarecido com relação a isso e outras medidas sejam tomadas. Por outro lado, é necessário orientar que o receio de apresentar disfunção erétil não deve evitar o uso de medicação anti-hipertensiva, pois o descontrole crônico da pressão não apenas acarretaria aterosclerose (e consequente disfunção erétil de tratamento mais difícil), como outros graves riscos à saúde.

Entre os anti-hipertensivos, a metildopa e os diuréticos estão bastante implicados, ao passo que os inibidores da enzima conversora da angiotensina parecem ter menos efeitos colaterais sexuais.

Apesar dos esforços em sentido contrário, já está incorporado à cultura masculina que medicamento para pressão "deixa brocha", não importando qual. Isso favorece a baixa aderência ao tratamento entre homens. Os profissionais de saúde devem abordar o assunto propositalmente em grupos de qualquer conformação.

Deve-se também considerar que a depressão e a ansiedade são causas muito frequentes de várias disfunções sexuais e que o seu tratamento também é primordial; o efeito adverso mais comum dos antidepressivos é a diminuição da libido e o retardo na ejaculação, o que, algumas vezes, pode até ser desejável e utilizado para tratar ejaculação precoce. Entre esses medicamentos, a bupropiona, a trazodona e a nefazodona são os que apresentam menos efeitos adversos sobre a sexualidade.

O surgimento dos inibidores da fosfodiesterase-5 trouxe nova alternativa para o tratamento da disfunção erétil, que pode ser utilizada pelas equipes básicas de saúde. Essa medicação age promovendo o relaxamento dos corpos cavernosos, com consequente aumento do fluxo sanguíneo peniano e ereção. Algumas de suas características estão resumidas abaixo:

Inibidores da fosfodiesterase	Dosagem	Duração da ação	Frequência máxima de uso
Sildenafila	25, 50 ou 100 mg	2-4 horas	1 vez ao dia
Vardenafila	5, 10 ou 20 mg	4-6 horas	1 vez ao dia
Tadalafila	20 mg	até 36 horas	1 vez a cada 72h

Os principais efeitos adversos dos inibidores da fosfodiesterase estão relacionados à sua ação vasodilatadora e incluem hipotensão (com risco de quedas), cefaleia, hiperemia facial, turvação visual, vômitos e diarreia. Priapismo é um efeito adverso possível, porém não é comum.

As contraindicações ao seu uso são: uso concomitante de vasodilatadores potentes (especialmente os alfabloqueadores) e medicações que estimulem a formação de óxido nítrico (especialmente os nitratos), pacientes cardiopatas e coronarianos graves, além de hipertensos de difícil controle, em uso de múltiplos medicamentos.

Há ainda outras interações medicamentosas com inibidores da protease, cetoconazol, itraconazol, eritromicina e rifampicina, pois, assim como os inibidores da fosfodiesterase, esses medicamentos também são metabolizados pelo fígado. As interações com os antiácidos também devem ser consideradas, pois interferem na absorção desses fármacos.

O vardenafila ainda acarreta aumento do intervalo QT no eletrocardiograma, podendo levar a arritmias graves quando associado a outros medicamentos que tenham efeito similar. Especialmente em idosos, qualquer um dos fármacos desse grupo deve ser usado na menor dose possível.

A decisão sobre o encaminhamento a serviço de referência, em especial para avaliação urológica, cardiológica ou psiquiátrica, deve ser feita sempre que houver dúvida com relação ao diagnóstico ou tratamento ou, ainda, quando este não for efetivo e se considerar alternativas terapêuticas, como a colocação de prótese peniana, por exemplo.

DISPAREUNIA

Há duas alterações principais na fisiologia da mulher a partir da meia-idade que podem levar a disfunções sexuais: redução na taxa de produção e volume do líquido lubrificador da vagina, e alguma perda na elasticidade da vagina.

Dispareunia significa dor durante a relação sexual. Nessa fase da vida, pode ser decorrente de atrofia vaginal, de doenças ginecológicas, como infecções e distopias ou de transtornos afetivos. Também não é incomum a mulher apresentar sintomas de irritação uretral decorrentes desse mesmo processo.

A dispareunia associada à atrofia urogenital da pós-menopausa inclui sensação de secura, estreitamento, irritação e queimação vaginal durante o coito, e pequenos sangramentos e dolorimento após as relações sexuais. Pode ser tratada com hormônio tópico e lubrificantes à base de água. Nota-se menos atrofia vaginal em mulheres sexualmente ativas; presumivelmente, a atividade sexual mantém a vascularização e a circulação vaginais (SPEROFF; GLASS; KASE, 1995).

DST, HIV E AIDS EM PESSOAS IDOSAS

A Aids está longe de atingir apenas os jovens. A epidemia de HIV e Aids em pessoas idosas no Brasil tem emergido como problema de saúde pública, nos últimos anos, devido a dois aspectos principais: incremento da notificação de transmissão

do HIV após os 60 anos de idade e envelhecimento de pessoas infectadas pelo HIV. Portanto, nas pessoas com 50 ou mais anos de idade, observa-se tendência de crescimento da epidemia.

A análise da série histórica da epidemia de Aids mostra que a taxa de incidência nas pessoas acima de 50 anos dobrou entre 1996 e 2006. Passou dos 7,5 casos por 100 mil habitantes para 15,7. A maioria dos casos de Aids, porém, ainda está na faixa etária de 25 a 49 anos (BRASIL, 2008c).

Dos 47.437 casos de Aids notificados desde o início da epidemia em pessoas acima dos 50 anos, 29.393 (62%) foram registrados de 2001 a junho de 2008. Desse último grupo, 37% são mulheres e 63% homens. O recorte regional mostra que a incidência vem crescendo em todas as regiões nessa faixa etária (BRASIL, 2008c).

A incidência de Aids entre pessoas idosas está em torno de 2,1%, sendo a relação sexual a forma predominante de infecção pelo HIV. Há crescente evidência de que esse grupo está se infectando também por outras DST, como sífilis e gonorréia.

Não é a atividade sexual que torna as pessoas vulneráveis às DST e ao HIV/Aids, mas as relações sexuais que são realizadas de forma desprotegida, e este é um pressuposto válido para todas as idades. No entanto, convém ressaltar que o profissional de saúde deve estar atento para as queixas específicas das pessoas idosas. É responsabilidade dos serviços de saúde colocar à disposição das pessoas idosas os insumos necessários à adoção de práticas sexuais mais seguras, como o preservativo masculino e feminino e gel lubrificante.

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Essa política foi publicada em 19 de outubro de 2006 (Portaria GM/MS 2.528/2006) e tem a finalidade primordial de estabelecer diretrizes para que os serviços de atenção à saúde possam agir no sentido de recuperar, de manter e de promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política toda pessoa com 60 anos ou mais de idade.

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda a ação de saúde. Com essa compreensão, ganha importância para a autoestima e para o bem-estar da pessoa idosa a promoção da saúde sexual desse segmento populacional. Para isso, torna-se fundamental a incorporação de ações específicas para as pessoas idosas. Uma das estratégias em curso é a implantação, em todo o território nacional, da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que possibilita aos profissionais da Atenção Básica identificar situações de risco que possam comprometer a autonomia e a independência da pessoa idosa e, a partir dessa identificação, assumir as medidas necessárias à prevenção de doença e à promoção da saúde.

POPULAÇÃO NEGRA

O censo demográfico de 2000 demonstra que 54% dos brasileiros se autodeclaram como brancos, enquanto 45% como negros (pretos e pardos) e 0,4% como indígenas e amarelos. Em 2003, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a população negra [3] representava 47,3% da população brasileira, aproximadamente 73% da população do Norte e 71% da do Nordeste. Na Região Sul, essa proporção não passava de 18% e atingia 37,2% no Sudeste, alcançando 56,3% no Centro-Oeste (IBGE, 2004). Esses dados sugerem maior consciência dos brasileiros sobre o seu perfil étnico-racial.

Esse perfil étnico-racial se encontra inserido num contexto pouco homogêneo, levando-se em consideração os diversos setores que indicam o desenvolvimento humano da população negra.

No que se refere à pobreza, estudos revelam que os negros correspondem a cerca de 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre. Os brancos, por sua vez, são somente 35% dos pobres e 30% dos extremamente pobres (HENRIQUES, 2003 *apud* OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2004).

No setor da educação, os níveis de escolaridade apresentam diferenças marcantes conforme o pertencimento a um determinado perfil. Em relação às taxas de analfabetismo e de analfabetismo funcional, verifica-se que continuam apresentando diferenças significativas entre os níveis apresentados pela população branca e os da população preta e parda, persistentemente menos favorecida. Em termos relativos, em 2007, a taxa de analfabetismo da população branca é de 6,1% para as pessoas de 15 anos ou mais de idade, sendo que essas mesmas taxas para pretos e pardos superam 14%, ou seja, mais que o dobro que a de brancos (IBGE, 2008).

No que diz respeito ao analfabetismo funcional, que engloba as pessoas de 15 anos ou mais de idade com menos de quatro anos completos de estudo, ou seja, que não concluíram a 4ª série do Ensino Fundamental, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2007, continua mostrando uma taxa de analfabetismo funcional para brancos (16,1%) mais de dez pontos percentuais abaixo da observada para pretos e pardos (27,3%) (IBGE, 2008).

As consequências destas desigualdades educacionais se refletem nas diferenças dos rendimentos médios recebidos por pretos e pardos em relação aos dos brancos, se apresentando sempre menores (em torno de 50%) (IBGE, 2008).

---

[3] A denominação negra representa a junção da categoria raça/cor preta e parda. Nesta publicação são utilizados os termos brancos, pretos, pardos e negros para representar as categorias da população raça/cor branca e raça/cor preta, raça/cor parda e raça/cor negra, respectivamente.

Os negros e negras brasileiros se encontram, portanto, nos estratos mais pobres da nossa sociedade, o que gera crônica situação de desigualdades. Essa situação de desigualdades é agravada pelo racismo, o qual é responsável pela discriminação que ocorre de diferentes maneiras no cotidiano da sociedade e em suas instituições, tornando essa população mais vulnerável a condições de adoecimento e ao sofrimento psíquico.

O racismo se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e também as relações entre as pessoas; é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural. Afeta duplamente as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pela desigualdade de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto esse segmento (BRASIL, 2007c).

A partir do reconhecimento das desigualdades raciais em saúde, o SUS instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), voltada para a redução das iniquidades em saúde que atingem essa população, de acordo com uma perspectiva integral e abrangente da saúde vista como componente inseparável da qualidade de vida.

Com vista ao enfrentamento das iniquidades em saúde que acometem a população negra, faz-se necessário que os profissionais da Atenção Básica estejam atentos à vulnerabilidade dessa população.

Nesse contexto, a PNSIPN elegeu a Atenção Básica como espaço que permite reconhecer as diversas particularidades e singularidades dos sujeitos, promovendo a igualdade racial.

A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E OS SEUS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Ao realizar análise adequada das condições sociais e de saúde da população negra, é preciso considerar a grave e insistente questão do racismo no Brasil, persistente mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira.

A relação dessas condições com o racismo e a discriminação que ocorrem na sociedade se reflete em um perfil epidemiológico marcado pela desigualdade, especialmente evidente nas altas taxas referentes à mortalidade infantil, mortalidade materna e óbitos por causas externas na população negra.

Quanto às diversas informações geradas pelos sistemas de informação em saúde, bem como dados de diversas pesquisas que enfocam o recorte étnico e racial, merece destaque a questão da mortalidade infantil. O risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior

do que o de uma criança branca. Também o risco de morte por desnutrição apresenta diferenças alarmantes, sendo 90% maior entre crianças pretas e pardas do que entre brancas (BRASIL 2005h).

Um dos dados relevantes sobre a questão relacionada à saúde da mulher negra é que esta tem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, atenção ginecológica e à assistência obstétrica, seja no pré-natal, parto, seja no puerpério. Alguns estudos publicados indicam que a morte materna por toxemia gravídica (a primeira causa de morte materna no Brasil) é mais frequente entre as mulheres negras.

Em 2000, a taxa de mortalidade materna (por causas ligadas à gravidez, ao aborto, ao parto e ao puerpério) das mulheres negras foi 2,9 vezes maior que a apresentada pelas mulheres brancas (PNUD, 2004). Os óbitos de mulheres da população parda apresentaram maior participação entre os óbitos por causas maternas entre 2000 e 2003. Em 2003, o percentual de óbitos maternos de mulheres da cor parda foi de 41,5%. Os óbitos maternos das mulheres da cor branca ficaram em segundo lugar (BRASIL, 2005h).

A hipertensão arterial é mais frequente, inicia-se mais precocemente e apresenta uma evolução mais grave na população negra. As doenças hipertensivas, por sua vez, constituem-se a principal causa de morte materna. Alguns estudos indicam que a morte materna por doenças hipertensivas é mais frequente entre as mulheres negras. Esses estudos revelam que a taxa de mortalidade dessas mulheres é quase seis vezes maior do que a de brancas (BRASIL, 2005 e).

No pré-natal, é fundamental garantir que seja aferida a pressão arterial de todas as gestantes, inclusive dando atenção especial para qualquer alteração nos níveis pressóricos das gestantes negras. Ao diagnosticar alteração dos níveis pressóricos da gestante, é importante que essa seja referenciada para um serviço de pré-natal de alto risco, diminuindo-se o risco de complicações para a mãe e o bebê.

O *Diabetes mellitus* tipo 2 também é prevalente na população negra. Na população diabética, a hipertensão arterial é duas vezes maior que na população em geral. Mulheres portadoras de diabetes, portanto, estão mais expostas à gravidez de alto risco.

A hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus* são doenças que têm impacto importante e diferenciado na saúde sexual e reprodutiva da população negra. Portanto, ações educativas devem ser priorizadas pelos serviços de saúde de modo que os profissionais da Atenção Básica contribuam para que homens e mulheres negros possam identificar sinais e sintomas de hipertensão arterial e Diabetes mellitus.

A doença falciforme, doença genética mais comum no Brasil, caracteriza-se como condição hereditária que apresenta maior prevalência na população negra. Mais uma vez, mulheres portadoras de anemia falciforme apresentam maior risco de abortamento e complicações durante a gestação e o parto, como natimorto, prematuridade, toxemia gravídica, placenta prévia e deslocamento prematuro de placenta, entre outras.

A mortalidade também atinge mais a população negra sob outros aspectos. Assim, as diversas formas de discriminação tornam a população negra mais vulnerável ao sofrimento por violências. O risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é 56% maior que o de uma pessoa branca. No geral, o risco de morte por homicídios tem sido maior nas populações preta e parda, independentemente do sexo (BRASIL, 2005h). Os negros são vítimas de homicídios quase duas vezes mais que os brancos.

As causas externas representam a maior parte da taxa de mortalidade de jovens entre 2003 e 2005, sendo que jovens pretos e pardos são proporcionalmente mais vitimados por causas externas do que jovens brancos do sexo masculino: entre jovens de 18 a 24 anos a taxa de mortalidade foi de 204,58 para cada 100 mil jovens brancos contra 305,04 para cada 100 mil jovens pretos (IPEA, 2007).

Nas mulheres negras, o risco de morte por homicídio vem aumentando, o que as torna mais vulneráveis ainda. Em 2000, o risco de morte por homicídio era 20% maior nas mulheres negras em relação às brancas. Em 2006, aumentou para 71% (Brasil, 2008e).

Os negros(as) são as principais vítimas em todos os tipos de violência, principalmente nos casos de agressões (BRASIL, 2008e).

Deve-se destacar a importância da atuação dos profissionais da Atenção Básica no acolhimento dos usuários vítimas de abusos, agressões e violências, em especial as negras e negros. A questão da prevenção de violências envolve ações intersetoriais, o que permite que os profissionais das equipes de Saúde da Família adotem ações de promoção da saúde envolvendo todos os atores da comunidade para a prevenção das violências e promoção da cultura de paz. A violência doméstica que aflige principalmente as mulheres merece, nesse caso, tratamento prioritário.

No que diz respeito às doenças infectocontagiosas, o risco de morte por tuberculose é 1,9 vez maior entre as pessoas pardas e 2,5 vezes maior entre as pessoas pretas quando comparado ao risco entre as pessoas brancas, tomando-se por base o risco de morte por tuberculose e considerando as taxas padronizadas de mortalidade para o ano de 2003 (BRASIL, 2005h).

Outra preocupação em relação à saúde da população negra é a Aids. Sabe-se que, no Brasil, apesar de a epidemia apresentar tendência de estabilização, os casos de Aids estão aumentando entre os mais pobres, onde a população negra se encontra em maior proporção. Em 2003, quase 62% dos casos notificados de Aids com declaração de cor [4] eram em pessoas brancas e 37,3% em pessoas da população negra. Da mesma forma, o risco de ter Aids, medido pela taxa de incidência, apresenta-se também maior entre os brancos (13,4 a cada 100.000 habitantes) quando compara

[4] O quesito raça/cor somente foi incluído no SINAN (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação), a partir de 2001. Em 2003, aproximadamente 20% dos casos de Aids não tinham essa informação preenchida.

dos à população negra (8,5 a cada 100.000 habitantes). Por outro lado, separando-se os pretos e os pardos, nota-se que o risco de ter a doença é 74% maior entre os pretos do que entre os brancos, e chega a ser duas vezes maior quando se consideram apenas as mulheres (BRASIL, 2006c).

Em síntese, existe consenso entre os diversos estudiosos no Brasil acerca das doenças e dos agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: (a) geneticamente determinados, tais como a doença falciforme e a deficiência de 6-glicose-fosfato-desidrogenase; (b) de evolução agravada ou tratamento dificultado, tais como a hipertensão arterial, a doença hipertensiva específica da gestação (eclâmpsia e pré-eclâmpsia), o *Diabetes mellitus*, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses; e (c) adquiridos em condições desfavoráveis, tais como desnutrição, doenças relacionadas ao trabalho, DST/HIV/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, tuberculose, transtornos mentais derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros (BRASIL, 2007c).

A população negra também se encontra em posição desfavorável no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, com dados indicando que atendimento médico, consultas, planos de saúde e tratamento odontológico são mais acessíveis à população branca (PNUD, 2004).

PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E DA SAÚDE REPRODUTIVA DA POPULAÇÃO NEGRA

O SUS reconhece o racismo, as desigualdades raciais e étnicas e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde.

Na constatação desse perfil epidemiológico, é importante destacar a inserção dos "quesitos raça/cor/etnia" nos formulários e instrumentos de coleta de dados dos Sistemas de Informação em Saúde do SUS. A subnotificação dessa variável ("quesitos raça/cor/etnia") na maioria dos sistemas de informação tem dificultado análise mais consistente sobre a saúde da população negra no Brasil.

Nessa perspectiva, os profissionais da Atenção Básica devem buscar o correto preenchimento dos formulários do SUS quanto à variável "quesitos raça/cor/etnia", o que possibilitará traduzir em dados concretos a realidade e o perfil de morbimortalidade da população negra e, principalmente, as especificidades desse segmento populacional. A produção dessas informações epidemiológicas possibilita adequada definição de prioridades para a tomada de decisão, potencializando as ações dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

Os profissionais da Atenção Básica, ao reconhecerem essas desigualdades que acometem a população negra em seu território de atuação, devem propor ações que propiciem a criação de uma cultura de solidariedade e a adoção de práticas antirracistas

e não discriminatórias, na busca pela equidade em seus aspectos de prevenção de doenças, promoção, tratamento e recuperação da saúde, controlando doenças e agravos, em especial aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional.

Desse modo, a adoção de estratégias de cuidado e atenção em saúde, de gestão solidária e participativa, devem incluir ações específicas que permitam que as equipes de Saúde da Família possam ampliar o acesso com qualidade da população negra ao SUS, incluindo:

- Provimento diferenciado de ações de saúde nos territórios com predominância de negros e negras.
- Preenchimento do quesito cor nos formulários dos sistemas de informação do SUS.
- Ampliação e fortalecimento da participação do usuário nos processos de planejamento e atividades do cotidiano das equipes, bem como o fortalecimento da participação de lideranças negras nos conselhos e instâncias do controle social.
- Desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho.
- Realização de processos de educação em saúde, priorizando o enfoque étnico-racial, associado à implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial.

POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, *GAYS*, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS – LGBT [5]

Com o surgimento da Aids em todo o mundo, no início dos anos 80, a comunidade homossexual sofreu o maior impacto em termos epidemiológicos e sociais. A visibilidade negativa dada pelo termo usado para se referir à epidemia como "peste *gay*" ou "câncer *gay*" certamente também contribuiu para a rápida e ampla mobilização e envolvimento de seus ativistas abordando de forma pioneira questões inerentes à diversidade, à livre orientação sexual [6] e identidade de gênero [7], à sexualidade, à solidariedade, ao exercício da cidadania plena, à defesa dos direitos humanos, incluindo o das pessoas que vivem com HIV/Aids. Tudo isso resultou na inclusão da temática de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) na pauta política do governo.

---

[5] Utiliza-se no decorrer deste texto a sigla LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), definida na Conferência Nacional GLBT de 2008 como sendo identitária do conjunto do movimento.

[6] Nos Princípios de Yogyakarta, princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero, orientação sexual está definida como uma referência à capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou ambos, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas. Modernamente, as orientações sexuais são distinguidas em heterossexualidade (quando o interesse afetivo-erótico-sexual da pessoa se dirige em direção a pessoas do sexo oposto), homossexualidade (quando esse interesse se expressa por pessoas do mesmo sexo) e bissexualidade (interesse por pessoas de ambos os sexos).

[7] Nos Princípios de Yogyakarta, identidade de gênero está definida como a profundamente sentida experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo – que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros – e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos.

Hoje já existe a consciência da complexidade das necessidades e demandas dessa população e da importância de adequar a rede de serviços do SUS para respondê-las de forma resolutiva, integral e com qualidade.

No sentido de entender a complexidade do tema, é importante distinguir as especificidades dos diferentes segmentos que integram a população LGBT, pois representam diferentes formas de expressão da orientação sexual e da identidade de gênero.

É importante salientar que, do ponto de vista dos conselhos de ética profissional da área da saúde, o Conselho Federal de Medicina retirou, em 1985, a homossexualidade da lista dos desvios sexuais, rejeitando a obrigatoriedade a exames ou tratamentos com vistas à mudança de sua orientação sexual. A Classificação Internacional de Doenças (CID) também não mais inclui a homossexualidade como doença, desde 1993.

Igualmente, todos os profissionais da saúde não devem exercer qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos por práticas homoeróticas, nem adotar ações que obrigam a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados, a exemplo do que dispõe a Resolução 01/99, de 22 de março de 1999, do Conselho Federal de Psicologia.

DETERMINANTES E CONDICIONANTES DA SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: O PRECONCEITO E A DISCRIMINAÇÃO COMO FATORES DE VULNERABILIDADE

O 3º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil indica que entre 2003 e 2005 foram relatados 360 homicídios de GLT (*gays*, lésbicas e travestis) no Brasil. O documento registra ainda que a maior incidência de assassinatos ocorre na Região Nordeste, principalmente contra *gays* (USP, 2006).

A violência e o assassinato de lésbicas [8], *gays* [9], bissexuais [10], travestis [11] e transexuais [12] podem servir de evidência de como a homofobia, lesbofobia, transfobia e outros pro-

---

[8] **Lésbica** é o termo utilizado para designar mulheres que têm desejos e/ou práticas sexuais e relacionamentos exclusivamente com outras mulheres.

[9] A palavra ***gay***, originária da língua inglesa, é muito utilizada para definir os homens que têm desejos e/ou práticas sexuais e relacionamentos exclusivamente com pessoas do seu mesmo sexo.

[10] O termo **bissexual** se refere às pessoas cujo desejo sexual tem como objeto pessoas de ambos os sexos.

[11] **Travestis** são pessoas que sustentam em sua identidade de gênero a referência tanto à masculinidade quanto à feminilidade. A característica marcante da travesti é que reivindica a androginia, e não apenas o reconhecimento social no gênero feminino, distinto daquele atribuído no nascimento. A travesti se apresenta como mulher, sustentando uma identidade de gênero feminina, mas podem vir a assumir práticas sexuais masculinas, por exemplo. A travesti é um homem no sentido anatomofisiológico, mas se relaciona com o mundo como mulher: seu corpo é moldado com formas femininas (por meio do uso de hormônios feminilizantes e/ou aplicações de silicone). Elas rompem com as "normas" ao não quererem estar dentro de um gênero masculino nem feminino; para elas isso não é importante. O importante é assumir a sua travestilidade dentro do seu contexto social e profissional; a travesti não é masculino nem feminino: é travesti. É importante ressaltar que esse é um conceito em construção no contexto do movimento LGBT.

[12] **Transexuais** são pessoas cuja identidade de gênero é oposta ao sexo biológico. A pessoa é psicologicamente de um sexo e anatomicamente de outro. No caso das mulheres transexuais, elas se consideram como sendo do sexo feminino embora tenham nascido com órgãos genitais masculinos; no caso de homens transexuais, eles se consideram do sexo masculino, ainda que apresentem anatomicamente órgãos genitais femininos. A transexualidade também pode, eventualmente, contribuir para que o indivíduo busque alterar cirurgicamente seus genitais para que possam ter correspondência estética e funcional à vivência psicoemocional da sua identidade de gênero. Transexualidade, portanto, é diferente de homossexualidade, pois a identidade de gênero de homens e mulheres homossexuais corresponde ao seu sexo biológico. É importante ressaltar que esse é um conceito em construção no contexto do movimento LGBT.

cessos estigmatizantes e discriminatórios são causadores de sofrimento, adoecimento e morte.

Enfrentar a complexidade dos determinantes sociais da vida e da saúde das pessoas e coletividades requer intervir sobre a exclusão social, o desemprego, o acesso à moradia e alimentação dignas, mas, também, o reconhecimento dos fatores que se entrecruzam, maximizando a vulnerabilidade e o sofrimento de grupos específicos.

Nesse contexto, todas as formas de discriminação, como no caso da homofobia, lesbofobia e transfobia, devem ser consideradas como situações produtoras de doença e sofrimento. É preciso compreender que essas formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada de outras formas de discriminação social. Elas caminham lado a lado e são reforçadas pelo machismo, racismo, misoginia e todas as formas correlatas de discriminação.

A epidemia de Aids no Brasil tem contribuído para a visibilidade das condições de vida e de saúde de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais. No período entre 1980 e junho de 2008, foram notificados 506.499 casos de Aids (BRASIL, 2008c), e vem ocorrendo o processo de feminilização, pauperização e interiorização da doença, fazendo com que o governo lance planos nacionais de enfrentamento da epidemia.

A orientação sexual e a identidade de gênero são categorias reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social.

Vale a pena ressaltar que na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, Portaria nº 675/GM/2006 (BRASIL, 2006f), que explicita os direitos dos usuários com o objetivo de garantir respeito às especificidades existentes na população brasileira, como conquista do movimento LGBT, foi incluída a diversidade de orientação sexual e identidade de gênero.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde formulou a Política Nacional de Saúde Integral de *Gays*, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com respaldo político e institucional explicitado no Pacto pela Saúde 2006, em suas três dimensões: o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão do SUS, que integram o Programa Mais Saúde: direito de todos, lançado em 2008 (BRASIL, 2008b), e que se constitui numa reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade.

No Programa Mais Saúde: direito de todos, são encontradas metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde (para grupos populacionais de negros, quilombolas, LGBT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros). Por sua vez, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) garante viabilidade às ações de promoção da equidade em saúde nos níveis estaduais e municipais.

A Política Nacional de Saúde Integral de *Gays*, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais tem o objetivo de promover a saúde integral, humanizando e qualificando a atenção em todos os níveis, tendo como missão a redução das iniquidades em saúde e o enfrentamento do preconceito e da discriminação ainda persistente no SUS.

PROMOÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E DOS DIREITOS REPRODUTIVOS DE LGBT

O SUS, por meio da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, contempla ações voltadas para homens e mulheres. Entretanto, para a promoção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos na perspectiva da saúde integral, é necessário entender as especificidades desse grupo populacional, para que o cuidado seja compatível com as suas reais necessidades.

O profissional de saúde que integra a equipe de Saúde da Família está mais próximo das famílias e das pessoas, com as quais é recomendável que se construam vínculos que lhe permitam uma relação de confiança. Esse vínculo poderá proporcionar um diálogo que inclua questões relativas à orientação sexual e identidade de gênero com a família.

Dessa forma, os profissionais de saúde devem estar atentos para o fato de que o preconceito e a discriminação a lésbicas, gays, bissexuais travestis e transexuais (LGBT) ocorre, na maioria das vezes, no interior de suas famílias, onde esses atos de violência praticados pelos próprios familiares geralmente terminam na expulsão ou abandono dessas pessoas.

O rompimento dos laços familiares pode levar a situações de vulnerabilidade social, podendo abrir alternativas que possibilitem essa pessoa a se prostituir, a usar drogas, bem como a desenvolver problemas de saúde mental como: depressão, tentativa de suicídio, entre outros.

É importante que os profissionais de saúde acolham a família que vive esse tipo de situação, buscando mediar conflitos entre os seus membros.

As equipes de Saúde da Família precisam estar atentas ao agrupamento das pessoas em novas configurações familiares, como as famílias homoafetivas (casais formados por pessoas do mesmo sexo), que devem ser acolhidas e acompanhadas da mesma forma que as famílias tradicionais.

O esclarecimento para todos os profissionais da saúde sobre as práticas sexuais e sociais de LGBT é fundamental para que o cuidado à saúde seja condizente às suas necessidades, superando, dessa forma, a associação desse seguimento à epidemia de HIV/Aids, embora sem prescindir dos esforços estratégicos na superação da alta incidência de DST/HIV/Aids entre gays, homens bissexuais e travestis, bem como em relação à prevenção das DST entre lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais.

A disponibilização de informações confiáveis e seguras sobre o tema, desenvolvendo práticas de educação e comunicação em saúde de maneira participativa, criativa e inovadora, constitui uma das formas de combater a discriminação e o preconceito contra LGBT, envolvendo espaços institucionais e sociais como associações de moradores, grupos de jovens, escolas (as equipes de Saúde da Família podem se articular com o Programa Saúde e Prevenção na Escola).

Ainda nas relações do cidadão com os serviços de saúde, as equipes da Estratégia Saúde da Família precisam reconhecer grupos de apoio ou organizados da população LGBT que prestam suporte de informações, com o objetivo de promover os direitos e serviços que respeitem suas especificidades.

Na atenção à saúde sexual e reprodutiva da população LGBT, a prevenção e o tratamento das DST/HIV/Aids devem ser sempre abordados, com incentivo à prática do sexo seguro.

Entre as ações preventivas que podem ser desenvolvidas com lésbicas, por exemplo, constam orientações sobre higiene antes, durante e depois do ato sexual, como a higienização das mãos e unhas (bem aparadas), uso de protetores manuais (luvas de borracha) para o sexo manual, barreiras no caso de sexo oral e utilização de preservativos masculinos nos acessórios eróticos.

Em relação à população de *gays*, homens bissexuais e travestis, as equipes de saúde devem orientar sobre a importância da realização do exame proctológico regularmente, para prevenir câncer de próstata e problemas no ânus e reto, ressaltando também a importância do uso de gel lubrificante à base de água, durante as relações sexuais anais. É imprescindível incentivar o exame urológico e a higienização do pênis, para evitar infecções e câncer de pênis e testículos. Assim como lésbicas e mulheres bissexuais devem realizar regularmente o exame preventivo do câncer de colo de útero e o exame das mamas.

O respeito a qualquer pessoa começa com o uso do nome social. Isso deve ser levado em consideração durante o atendimento de travestis e transexuais, porque esse é o primeiro passo para a construção de uma relação confiável e saudável entre profissional e usuário.

O uso de silicone industrial assim como o uso abusivo de hormônios feminilizantes e masculinizantes são altamente prejudiciais à saúde. São utilizados, geralmente, sem controle e sem prescrição médica por grande parte das travestis e transexuais. Essa situação deve ser sempre considerada pelos profissionais da Atenção Básica, buscando encaminhar essas pessoas à atenção especializada.

As ações de saúde devem estar articuladas e integradas com outras áreas e práticas de saúde, além de outros setores do governo e da sociedade civil que atuam no território. Assim podem ser desenvolvidas:

- Ações de educação em saúde com gestores, trabalhadores de saúde, lideranças de movimentos e usuários LGBT no sentido do reconhecimento de seus direitos e mudança nas práticas de saúde.
- Inserção da temática saúde LGBT nos processos de educação permanente dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, do Sistema Penitenciário, em parceria com os centros de referência de combate à homofobia da Secretaria Especial de Direitos Humanos.
- Estratégias de articulação com outros grupos e organizações de promoção da equidade em saúde a fim de operacionalizar atividades intersetoriais, como fóruns, debates, semanas e outras atividades.
- Oficinas e rodas de discussão sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.
- Incentivo e apoio à participação do movimento LGBT nos conselhos de saúde em todos os níveis de gestão do SUS.
- Participação das equipes de saúde na ampliação da rede de atenção à mulheres e adolescentes em situação de violência, incluindo LGBT.
- Acesso da população LGBT aos programas e processos de planejamento reprodutivo e de reprodução humana assistida.
- Produção de informação e estratégias de comunicação a respeito do direito à saúde e contra a discriminação de LGBT nos serviços de saúde.
- Os horários de atendimento devem ser conciliados com as possibilidades do serviço e as necessidades e condições da população. Em geral, as pessoas que exercem a prostituição preferem o horário da tarde para atendimento e visitas domiciliares; e travestis podem querer horários exclusivos para evitar constrangimentos em sala de espera. Porém, apesar do respeito à cultura local, deve-se estimular que a comunidade evite atitudes discriminatórias.

POPULAÇÃO INDÍGENA

Considerando a relevância do tema saúde sexual e saúde reprodutiva relacionado aos povos indígenas, pretende-se, nesse tópico, apresentar algumas informações para os profissionais de saúde da Atenção Básica, buscando sensibilizar para uma atenção qualificada no campo da saúde sexual e da saúde reprodutiva, nos contextos específicos dessas populações.

Observa-se que os conhecimentos quanto às concepções culturais dessas populações sobre corpo, fluidos corporais e reprodução ainda são pouco conhecidos ou pouco utilizados pelos profissionais de saúde para orientar sua prática.

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, o modelo de organização dos serviços voltados a essa população é o dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) – orientados para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. A definição territorial procu-

rou obedecer aos seguintes critérios: população, área geográfica e perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

No plano local, os DSEI concretizam-se por uma rede física composta, nas aldeias, pelos Postos de Saúde Indígena, onde atuam os agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento e os auxiliares de enfermagem. Conta ainda com os polos-base, unidade de maior complexidade, responsável pela cobertura de um conjunto definido de aldeias, com seus respectivos postos e agentes de saúde, comportando a lotação de pessoal de enfermagem e a visita periódica de médico e odontólogo em sua área de abrangência. Em algumas situações específicas, os polos-base podem se localizar em pequenas cidades, cuja posição estratégica facilita o acesso aos serviços nele contidos (BRASIL, 2005i).

Outro espaço de atenção à saúde nos DSEI é representado pelas Casas de Saúde do Índio (Casai), unidade de apoio ao tratamento de pacientes indígenas encaminhados para atendimento na rede de referência do SUS. Dada a sua função de elo com a rede de referências, que se localizam longe das aldeias, as Casais costumam ser sediadas em áreas urbanas, representando uma transição entre a rede do subsistema de saúde indígena e os outros níveis de complexidade do SUS (BRASIL, 2005i).

O grau de resolubilidade previsto para a rede própria dos DSEI restringe-se à prestação de serviços de Atenção Básica, gerando demandas para outros níveis do SUS, nos casos em que haja necessidade de referência para a atenção especializada (BRASIL, 2005i).

Quando se trata das comunidades indígenas no Brasil e a abordagem dos cuidados da saúde, muitos desafios são colocados para os profissionais de saúde, devido à diversidade cultural e linguística e mesmo o desconhecimento sobre os perfis epidemiológicos dessas populações.

É fundamental capacitar e instrumentalizar os profissionais que estão atuando nas áreas indígenas, bem como os profissionais da rede de referência do SUS, para que possam lidar de forma adequada com toda essa diversidade.

Segundo Coimbra Jr. & Garnelo (2004), os números escassos de informações demográficas abrangentes dificultam a realização de algumas análises demográficas, mas pode-se dizer que as mulheres indígenas chamam a atenção pelos elevados padrões de fecundidade, reforçado pela valorização sociocultural da constituição de famílias – a grande maioria das pessoas em idade reprodutiva compõe um núcleo familiar, há elevado número de mulheres em uniões conjugais e curtos intervalos entre uma gravidez e outra.

O Brasil possui imensa diversidade étnica e linguística, estando entre as maiores do mundo. São 215 sociedades indígenas e cerca de 55 grupos de índios isolados, sobre os quais ainda não há informações objetivas.

As principais fontes de informação demográfica indígena são oriundas da Funai, Funasa e do IBGE (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003). Os dados disponíveis pela Funai não informam a composição demográfica dos residentes em áreas não demarcadas ou em espaços urbanos. Desde 1991, o IBGE inclui a categoria indígena em seus levantamentos, mas sem possibilitar a informação sobre a afiliação étnica dos recenseados.

> Segundo o censo, em 1991, o percentual de indígenas em relação à população total brasileira era de 0,2%, ou 294 mil pessoas no País. Em 2000, 734 mil pessoas (0,4% dos brasileiros) se autoidentificaram como indígenas, um crescimento absoluto, no período entre censos, de 440 mil indivíduos ou um aumento anual de 10,8%, a maior taxa de crescimento entre todas as categorias de cor ou raça. O total do País apresentou, no mesmo período, ritmo de crescimento de 1,6% ao ano (IBGE, 2005).

Pelo IBGE, mais de 700 mil pessoas se autoidentificaram como indígenas, o que representa quase o dobro daqueles atualmente cobertos pelo Subsistema de Saúde Indígena, que vem priorizando o atendimento aos grupos oficialmente reconhecidos pela Funai. Exemplo da disparidade de dados é o estado de São Paulo, onde, segundo dados do IBGE (Censo 2000), há 63 mil índios e, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi/Funasa), dois mil.

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), que vem sendo implantado pela Funasa, apresenta os seguintes dados (Siasi/Funasa, 2008):

- Base populacional de 458.000 indivíduos, distribuídos em 3.225 aldeias, pertencentes a 215 etnias e falantes de 180 línguas, distribuídas em 30 famílias linguísticas.
- Distribuição regional da população indígena: 49% na Região Norte, 23% no Nordeste, 17% no Centro-Oeste, 9% no Sul e 2% no Sudeste.

A mudança no padrão de vida da maioria das comunidades indígenas, em decorrência do contato interétnico, tem exigido a elaboração de políticas que atendam às novas demandas de saúde dessa população. No campo da saúde sexual e da saúde reprodutiva não é diferente; é importante construir a organização dos serviços que ao mesmo tempo atendam a essas demandas e não fortaleçam relações de dependência dessas comunidades com os serviços.

As mulheres indígenas de diferentes etnias têm discutido as situações de vulnerabilidades que afligem as suas comunidades e que trazem consequências diretas para a

sua saúde, tais como os processos violentos que essas comunidades sofreram ao longo de sua história de contato com o "branco", ou seja, com a sociedade envolvente.

> O contato como um mecanismo de transmissão de doença ligado à sexualidade reagudizou vivências traumáticas, que só podem ser adequadamente entendidas à luz da história do contato. Boa parte da mitologia do Alto Rio Negro, como é hábito entre os povos indígenas, trata da regulação das regras de comportamento moral, inclusive sexual, dos membros da sociedade e dos ancestrais míticos que criaram e organizaram o cosmo. Assim sendo, tais narrativas têm caráter fortemente sexualizado e foram reprimidas com violência pelos missionários católicos, no processo de conversão efetuado naquela região. A história da catequese mostra que os indígenas do Alto Rio Negro eram proibidos de falar sua própria língua, de praticar seus ritos e verbalizar sua rica tradição mítica, pois tais costumes, sendo considerados pecaminosos e liberadores de uma sexualidade considerada desenfreada pelos missionários, tinham que ser firmemente reprimidos, a fim de que os missionários conseguissem obter a desejada mudança das pautas de comportamento dos indígenas (GARNELO; SAMPAIO; ROCHA, 1997).

O tema saúde sexual e saúde reprodutiva tem sido objeto de preocupação pelo movimento organizado de mulheres indígenas, já discutido em fóruns nacionais, nos quais têm sido reivindicado que os direitos reprodutivos das mulheres indígenas estejam de acordo com as tradições e culturas, desde que essas culturas não violentem as mulheres e que sejam reconhecidas pelas políticas públicas (Grumin – Mesa de Trabalho Local e Regional Rumo ao Fórum Nacional de Mulheres Indígenas, 3-4 maio de 2008/Itaipu/R.J).

Internacionalmente, são reconhecidos como direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos homens ter acesso à informação e aos meios para expressar e desfrutar a sexualidade com proteção da saúde; ter liberdade e autonomia para o controle sobre o próprio corpo; exercer a orientação sexual sem sofrer discriminação, coerção ou violência; contar com respeito mútuo nas relações afetivas e sexuais, decidir de forma livre o número, espaçamento e o momento de ter filhos.

Entre os povos indígenas, a sexualidade tem como elementos estruturantes o contexto histórico, sociocultural e interétnico (BRASIL, 2005i). A divisão sexual do trabalho de cada um dos povos é um processo que integra, em um movimento contínuo, elementos do mundo mitológico, as práticas sexuais, a noção de corpo e dos fluidos corporais vitais, as relações de parentesco que regulam possibilidades de arranjos matrimoniais, as práticas rituais de iniciação e passagem, a expressão da afetividade, a estética,

os papéis sociais masculino e feminino, a concepção e a vivência da sexualidade nas diferentes fases da vida, a relação entre as diferentes idades.

Segundo esse enfoque, as expressões da sexualidade são construídas no contexto cultural de cada sociedade humana e, nessa construção, adquirem sentido e significação para toda a vida. Aliás, é esse posicionamento polissêmico frente à vida, aparentemente pragmática e imediata, que se rompe com a tradição de abordagens que naturalizam a sexualidade, sejam as determinadas por modelos biológicos, sejam as que acentuam a importância do comportamento.

> Os mitos são contados num contexto social muito diferente do nosso que devemos sempre ter em mente e procurar compreender. As relações de parentesco são fundamentais na sociedade indígena, base para a cooperação econômica, a moradia, o casamento. Há poligamia em muitos povos, aceita como padrão cultural, e existe mesmo a poliandria (uma mulher casada com vários homens). Aceita-se, por exemplo, em vários povos, que um homem namore uma mulher e suas irmãs, ou uma mulher, um homem e seus irmãos, justamente a relação mais desleal para nós. O sexo é menos tabu para nós, a nudez um fato corriqueiro, o corpo e as funções biológicas integram o cotidiano com naturalidade. O ciúme, assim, veste-se com outras capas. Os conceitos de concepção diferem dos elaborados pela ciência e pela medicina ocidental, o que influencia as relações afetivas e as reações de ciúme, ou a ideia do que é o adultério e a traição. Muitos povos consideram que uma criança é gerada por uma mulher e todos os homens que com ela tiveram relações sexuais em diferentes ocasiões, mesmo durante a gravidez, pais misturados do nenê que nasce, responsáveis por sua saúde, devendo manter dietas especiais e obedecer a muitas regras e proibições. O período de fertilidade é elástico, certamente não é o que corresponde à ovulação, entre as menstruações, e mais, coincidiria, em muitas culturas, com a própria época da menstruação [13].

Os mitos revelam muito sobre os padrões sexuais de cada povo. Os profissionais de saúde que acompanham populações indígenas terão mais facilidade nas abordagens se buscarem conhecer o conteúdo cultural de cada grupo. Devem "estudar, aprender, ouvir, perguntar, respeitar, [...] sempre procurando preservar e não abafar traços culturais, por mais que nos pareçam estranhos, desde que obedeçam aos princípios éticos de nossa sociedade", da qual os índios também fazem parte [14].

---

[13] MINDLIN, Betty. **Mito e Sexualidade**. Texto no PRELO, a ser publicado pelo Programa Nacional DST/Aids.

[14] Ibid.

Há poucos estudos no Brasil que abordam as representações sobre o processo de saúde e doença ou sobre noções de corpo nas diferentes etnias indígenas, inclusive entre aquelas cujos territórios tradicionais ultrapassam os limites do território nacional, em países como Peru, Paraguai, Venezuela, Bolívia e Guiana Francesa.

Estamos diante da complexidade que envolve a dificuldade de compreender a categoria analítica da sexualidade, quando se trata das populações indígenas na sua grande diversidade cultural.

> De acordo com estudo de populações indígenas, presentes na Amazônia brasileira e em países limítrofes [...]: as fases do ciclo reprodutivo da vida da mulher baseiam-se em ritual e mito, atribuindo-se grande importância à transição da infância para a vida adulta da jovem. [...] marcam essa transição com uma série de ritos de iniciação, que reconhecem não somente as mudanças físicas da mulher, mas também a expectativa de que ela, a partir desse momento, assuma um novo conjunto de papéis e responsabilidades na comunidade. A idade média do casamento para as mulheres varia de 15 a 19 anos, mas não é incomum meninas de apenas 12 anos se casarem logo em seguida ao primeiro ciclo menstrual (ASOCIACIÓN…, 2002).

O cuidado com a saúde sexual e reprodutiva entre a comunidade indígena deve iniciar bem cedo, pois entre muitos povos é comum o início da vida sexual no início da puberdade e verifica-se que em diversas comunidades as meninas engravidam aos 12 e 13 anos de idade. Quando as mulheres indígenas de uma etnia da Amazônia foram solicitadas a identificar suas preocupações de saúde mais prementes, estas mencionaram:

> [...] o casamento e a gravidez precoces, a violência sexual (inclusive o estupro marital), o número elevado de filhos, dores internas e hemorragia. A sexualidade da mulher é entendida em função das necessidades e expectativas dos homens. As mulheres "comprazem" aos homens e dão-lhes filhos por medo de serem abandonadas se não o fizerem. As mulheres acham que o número desejado de filhos é de quatro ou cinco, mas, dadas as dificuldades associadas à anticoncepção e o desejo dos homens de terem famílias numerosas, o número médio de filhos por mulher é de sete ou oito. As mulheres reconhecem que os filhos constituem uma força de trabalho extravaliosa para a família e a comunidade, mas também reconhecem que o fato de gerarem tantos filhos não lhes permite um padrão adequado de saúde e nutrição dentro da família. Elas indicam ainda que a frequência da gravidez e a criação de filhos aceleram a deterioração de sua própria saúde (ASOCIACIÓN…, 2002).

Um aspecto presente em algumas comunidades é a violência física e sexual contra as mulheres, cujos agressores nem sempre são punidos de acordo com as regras da comunidade indígena, e as mulheres e meninas permanecem na convivência domiciliar com o agressor. Na maioria das situações, o consumo abusivo de bebida alcoólica tem relação com o comportamento do agressor.

Há pressão histórica sobre as mulheres indígenas com relação à reprodução, dada a necessidade de aumento dessa população que sofreu grandes perdas populacionais e culturais no contato com a sociedade envolvente [15].

O espaçamento entre uma gravidez e outra, em geral, é curto, com intervalo inferior a dois anos. Embora nas comunidades indígenas sejam utilizados métodos tradicionais de anticoncepção, baseados em ervas e plantas medicinais, nem todas as mulheres fazem uso.

Observam-se condições pouco favoráveis das mulheres e meninas para negociar o sexo seguro, evitar a gravidez e, em geral, para adotar decisões quanto à sexualidade e reprodução, expondo-se a infecções de transmissão sexual, incluindo o HIV e a sífilis, entre outros agravos.

Devemos sempre lembrar que a maneira como vivenciamos nossa sexualidade implica delicada reflexão sobre mitos, crenças, valores e convenções sociais que, em muitas situações, podem deixar um sujeito ou um grupo mais vulnerável à infecção pelo HIV e por outras DST.

Outra situação ainda observada em algumas comunidades indígenas é quanto aos homens que não permitem que suas esposas realizem exames de prevenção de câncer uterino ou mesmo que elas participem das atividades de prevenção das DST/Aids. O acesso à informação sobre a saúde sexual e reprodutiva pelas mulheres e homens indígenas ainda é precário.

Recomendações quanto à abordagem da saúde sexual e da saúde reprodutiva para as equipes multidisciplinares de saúde indígena e/ou de Saúde da Família, no âmbito dos DSEI:

- É importante que as instâncias de controle social da saúde indígena – conselhos locais e distritais – tenham ciência das ações de saúde que são desenvolvidas na comunidade.
- Dados epidemiológicos e informações organizadas, em linguagem acessível, são ferramentas que contribuem para que os indígenas que participam do controle social saibam por que essas ações estão sendo desenvolvidas. As lideranças indígenas podem contribuir para que o serviço de saúde cumpra suas funções e desenvolva suas atividades.

---

[15] Coimbra Jr & Garnelo (2004) indicam que as mudanças nos padrões de comportamento sexual e reprodutivo, comumente caracterizado pela relação homem/mulher indígenas com não índios, tornam-se frequentes em situações de contato e de enfrentamento com colonos, garimpeiros, militares em zonas de fronteiras e outros.

- Considerar que culturas diferentes possuem diferentes concepções em relação ao processo saúde-doença, fluidos corporais como sangue, sêmen, leite materno, o que pode contribuir para que os profissionais de saúde qualifiquem sua abordagem nos serviços de saúde.
- Respeitar o conhecimento tradicional das comunidades quanto a métodos contraceptivos e oferecer os cuidados necessários requeridos pelas pessoas da comunidade, sem estabelecer hierarquia entre os diferentes métodos.
- Mulheres e homens preferem ter espaços diferenciados nas atividades de educação e saúde para expressarem suas dúvidas, na sua própria língua.
- Um dos papéis do agente indígena de saúde (AIS) é participar dessas atividades e facilitar a interlocução entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.
- O serviço de saúde deve estar munido de insumos de prevenção das DST/HIV/Aids, métodos contraceptivos e desenvolver metodologias para abordar essas informações com as mulheres, homens, jovens e casais.
- Há muitos recursos didáticos que podem facilitar a abordagem desses temas, como o uso de bonecos, álbuns seriados, próteses penianas, mamárias, modelo pélvico.
- A escola da comunidade pode ser um importante espaço para abordar questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva com a população jovem.
- As atividades teóricas educativas, em escola ou outros espaços, devem ser acompanhadas e antecipadas de conversas sobre a cultura e relação com as questões sexuais/reprodutivas, se possível com a colaboração de antropólogos ou conhecedores da etnia, lideranças e anciãos.
- É provável que nos exames ginecológicos as mulheres de algumas comunidades tenham preferência em realizá-los com profissionais de saúde do sexo feminino – médica ou enfermeira.
- É importante que os agentes indígenas de saúde tenham capacitação sobre saúde sexual e reprodutiva, a fim de estarem mais habilitados a observar as queixas compatíveis com agravos relacionados ao tema e encaminhar as pessoas para as equipes dos postos de saúde.
- Promover a capacitação dos AIS nos temas DST/Aids, Saúde da Mulher e da criança.
- Capacitar as parteiras indígenas em noções de saúde da mulher.
- Considerar que a saúde sexual e reprodutiva não deve ser pensada apenas para a população feminina. Os homens também têm suas demandas específicas que devem ser objeto de atenção pelos serviços de saúde.

- Os agentes indígenas de saúde podem disponibilizar os insumos de prevenção, tais como preservativos masculinos e femininos entre as famílias que atende.
- Implantar todas as ações preconizadas pelo programa de saúde da mulher, respeitadas as especificidades de cada cultura, com ampliação do acesso ao pré-natal, com a realização dos exames preconizados, devolução dos resultados em tempo hábil e realização dos tratamentos, quando necessário.
- Conhecer os serviços de referência que realizam os tratamentos especializados, para os devidos encaminhamentos, de forma oportuna.
- Garantir o acompanhamento de um interlocutor da comunidade nas consultas realizadas em qualquer serviço de saúde, quando a pessoa que será atendida não dominar a língua portuguesa.
- Conhecer quais são as concepções em torno da placenta, pois há comunidades que têm a sua própria forma de dar destinação para elas, por exemplo, preferem enterrar próximo a suas residências. Essa situação deve ser observada entre as mulheres indígenas que têm parto na rede hospitalar.
- Sensibilizar hospitais e maternidades a respeitarem essas concepções e, quando for o caso, garantir a entrega da placenta para a mãe realizar seu ritual correspondente.
- Conhecer quais são as práticas que as comunidades adotam com relação ao recém-nascido e verificar com os hospitais e maternidades quais são as possibilidades para que essas práticas sejam respeitadas.
- Incentivar o parto domiciliar e a amamentação, exceto nos casos em que a mãe e o recém-nascido requererem cuidados especiais.
- Ao identificar os casos de violência sexual, praticados por não índios ou por pessoas da comunidade, comunicar às lideranças e à Funai, para que as providências sejam adotadas em relação à proteção da vítima.
- Garantir a profilaxia preconizada nos casos de violência sexual, tanto para a gravidez, quanto para doenças sexualmente transmissíveis.
- Realizar a notificação dos casos de violência sexual atendidos.
- No planejamento e na realização das ações, deve-se considerar a importância da participação dos líderes comunitários (pajés, caciques, entre outros), pois eles são referência para a comunidade e podem facilitar o processo, contribuindo na sensibilização e na viabilização das ações.
- Recomenda-se realizar ações educativas e preventivas que trabalhem os temas com linguagem adequada aos diferentes hábitos culturais e com envolvimento dos diferentes atores sociais no processo de organização, definição e realização; a metodologia pode, por exemplo, abranger a comunicação de informações por meio de imagens e símbolos.

- Valorizar o potencial criativo dos jovens, incluindo-os no processo de criação de material educativo, programação de rádio e outras atividades.
- Estabelecer cronograma de atividades que garanta a continuidade das ações implementadas.
- Desmistificar a concepção segundo a qual a doença está fora e não dentro da aldeia, já que ainda existe, nos grupos, a crença de que a doença acontece lá fora, ou na cidade, ou em determinados grupos de risco, e que a aldeia estaria protegida do externo.
- Ao planejar as ações, atentar para a presença de missões religiosas nas áreas indígenas que não concordam com a adoção do preservativo como forma de prevenção.
- As ações devem considerar o consumo abusivo de álcool e outras drogas como um dos principais produtores de vulnerabilidade na população indígena.
- Considerar, no planejamento e implementação das ações, outros fatores que contribuem para a vulnerabilidade dos povos indígenas, como: o acesso aos meios/condições básicas de sobrevivência, a intrusão das terras indígenas e os conflitos fundiários, relações de poder e a construção cultural de gênero.
- Considerar as dificuldades das mulheres para negociar o preservativo.
- O aleitamento cruzado é uma prática muito comum na população indígena; para que essa prática não seja um vetor de transmissão do vírus HIV, a comunidade deve estar adequadamente informada sobre as formas de transmissão, ter acesso ao diagnóstico e receber assistência de qualidade que possa garantir o acompanhamento das gestantes soropositivas durante todo o pré-natal e no momento do parto.
- Em algumas situações, as comunidades indígenas assumem a postura de identificar as pessoas vivendo com HIV/Aids, vendo nesse gesto um mecanismo protetor para o resto do grupo; essa questão deve ser trabalhada com bastante cuidado e sempre reforçando as informações necessárias, pois essa atitude pode deixar as pessoas vivendo com HIV/Aids mais vulneráveis.

9.6 Pessoas com deficiência

De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência [16] (BRASIL, 2007g), pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo, de natureza física, intelectual/cognitiva ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

---

[16] Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/2006) – o objetivo é promover, defender e garantir condições de vida com dignidade e a emancipação das pessoas que têm alguma deficiência. O Brasil assinou-a, bem como o seu protocolo facultativo, comprometendo-se com os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos brasileiros com deficiência. Seu texto foi integrado à Carta Constitucional brasileira, em julho de 2008.

Uma pessoa pode apresentar deficiência física, auditiva, visual, intelectual ou múltipla. A deficiência pode ser percebida já no nascimento de uma criança ou pode ser adquirida ao longo da vida da pessoa. Pesquisas revelam que muitas dessas ocorrências poderiam ter sido evitadas ou amenizadas por meio de ações de proteção e/ou prevenção.

O Censo Demográfico do IBGE, do ano 2000, identificou 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência (14,5% da população brasileira), desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até as graves lesões incapacitantes. Foram detectados, no total de 24,5 milhões, 48% de pessoas com deficiência visual, 23% com deficiência motora, 17% com deficiência auditiva, 8% com deficiência mental e 4% com deficiência física. A metodologia adotada incluiu, na contagem, muitos idosos que apresentavam dificuldades para se locomover, ver e/ou ouvir. Ao se considerar apenas as pessoas com limitações mais severas (autopercepção de incapacidade), o percentual encontrado foi de 2,5% do total da população (4,3 milhões de pessoas).

Há de se registrar, nos últimos 20 anos, mudanças significativas quanto à inclusão das pessoas com deficiência nos debates que lhes dizem respeito, o que vem auxiliando a sociedade a enfrentar preconceitos, discriminação e receios. Uma visão assistencialista e paternalista vem dando lugar a outra perspectiva, que coloca mais foco nas mudanças que a própria sociedade precisa promover para incluir, aceitar e participar do desenvolvimento da vida, em todos os sentidos, das pessoas com deficiência.

Essa vida plena inclui a sexualidade com todas as suas nuances e possibilidades. Questões que precisamos aprender a considerar e a respeitar para que possamos, como profissionais da saúde, auxiliar no cuidado às crianças, jovens, adultos e idosos, homens e mulheres com deficiência, e orientar com mais segurança a família, os pais e os professores, importantes atores na vida dessa parcela ainda tão invisível da população brasileira.

A vivência da sexualidade é um direito próprio da condição humana e deve ser vista sem preconceitos, incluindo a possibilidade das pessoas com deficiência exercerem seu direito a ter uma vida afetiva e sexual ativa, constituindo suas famílias e planejando a vinda de seus filhos. A concepção ampliada de sexualidade, que não se limita ao ato sexual em si, traz à tona a inegável complexidade da afetividade humana, nos processos que envolvem a escolha de parceiros que correspondam às expectativas emocionais e sexuais de cada pessoa.

A sociedade, as famílias e os profissionais de saúde, muitas vezes, mostram-se desinformados sobre esses direitos e processos da afetividade quando envolvem diretamente suas relações, no dia a dia, com as pessoas com deficiência. Há de se reconhecer a persistência da imagem ou do mito sociocultural de que as pessoas com deficiência, crianças, adolescentes e jovens, idosos, homens ou mulheres não exercem sua sexualidade.

E, nesse ponto, a participação da família tem grande peso e papel relevante. As famílias também precisam de orientação, porque, na maioria das vezes, não conseguem admitir que a criança cresceu e tem outras necessidades. A adolescência das pessoas com deficiência deve ser vista com especial cuidado, num esforço para superação de preconceitos e discriminação.

A desinformação de profissionais e familiares deixa as pessoas com deficiência muito negligenciadas nesse aspecto e, o que é mais preocupante, mais vulneráveis e expostas a riscos para a sua saúde, em especial quanto à violência e ao abuso sexual, ao uso abusivo de medicamentos, de álcool e outras drogas.

Nesse ponto, o papel da família em relação ao desenvolvimento das pessoas com deficiência é imprescindível. No entanto, é necessário que os profissionais façam orientações adequadas, oferecendo uma assistência aos pais, dedicando-lhes maior e melhor atenção. Deve-se ter cuidado para que as informações não sejam passadas de maneira a influenciar os membros da família negativamente, sempre levando em consideração o estado emocional da família.

A família bem estruturada emocionalmente sabe lidar com situações diversas e conflitantes, busca a reestruturação e o redimensionamento de funções e papéis.

É preciso ultrapassar as noções de que parece haver somente duas alternativas possíveis: a deficiência acarretaria a impossibilidade do exercício da sexualidade ou a condição da deficiência não implicaria nenhuma alteração na vida sexual. Essas colocações são falsas. A primeira nega a sexualidade e a segunda, a deficiência. Ambas se desvencilham do problema posto pela compreensão da articulação desses dois aspectos, tanto individual quanto socialmente.

Conforme os autores Gil e Meresman (2006):

> Sexo é assunto que desperta curiosidade e polêmica. Às vezes proibido, muitas outras escondido, precisa ser revelado. Na teoria e na prática, quanto mais se conhece sobre sexo, melhor.

Rosana Glat (2004 apud GIL; MERESMAN, 2006), que pesquisou sobre o tema, apresenta alguns pontos importantes e que podem servir para orientar as discussões:

- As pessoas com deficiência não têm nenhuma necessidade especial em relação a sexo que os demais também não apresentem.
- Seu grande problema, na esfera da sexualidade, é a falta de orientação, pois, de modo geral, suas famílias, escolas, ou instituições não assumem essa responsabilidade.
- Como todas as pessoas, elas necessitam de orientação e informação sobre a sua sexualidade, porém, ao contrário dos ditos "normais", terão mais dificuldade em obtê-las com seus colegas ou absorvê-las pela mídia. Logo, maior é a importância dessa temática nos programas preventivos destinados a elas.

Continua...

Continuação

- O desenvolvimento da sexualidade ocorre especialmente na adolescência (potencializado por mudanças hormonais, mentais, emocionais e sociais), independentemente do grau e tipo de deficiência. No entanto, as manifestações ou comportamentos sexuais podem tomar características distintas.
- Jovens com transtornos de comportamento e/ou deficiência mental, por exemplo, frequentemente exibem comportamentos inapropriados, por falta de aprendizagem social.
- O mesmo se observa, às vezes, com jovens cegos, por não terem interiorizado de que forma o seu comportamento é visível a quem estiver por perto.
- Sabe-se que os adolescentes, em geral, têm muito pouca informação sobre o desenvolvimento do seu corpo e da sexualidade.
- A sociedade, incluindo as próprias famílias das pessoas com deficiência e muitos profissionais da área, tem uma visão estereotipada e preconceituosa da sexualidade de pessoas com deficiência.
- Essa concepção é passada para eles, que aprendem desde cedo a negar ou não reconhecer o desenvolvimento de sua sexualidade. Esse fato, aliado à autoimagem, denegrida devido ao estigma da deficiência, acarreta problemas emocionais e psicológicos para esses jovens, geralmente não reconhecidos por aqueles que estão próximos.
- Devido a suas carências afetivas, eles são ainda mais expostos às situações de vulnerabilidade e exploração sexual.

Toda pessoa com deficiência deve ser acolhida e receber respostas às suas necessidades em saúde quando recorre aos serviços de saúde do SUS, desde as unidades básicas de saúde, até os serviços de reabilitação e os hospitais. Como qualquer outro usuário/cidadão, ela pode precisar de uma consulta médica, assistência em planejamento reprodutivo, tratamento odontológico ou procedimentos de enfermagem. Deve receber visitas dos agentes comunitários de saúde ou pode também precisar de exames básicos e dos medicamentos que sejam distribuídos pelo SUS.

São consideradas parte da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência as ações voltadas para sua saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas.

Com urgência, é preciso que os profissionais de saúde sejam capacitados para a abordagem, com naturalidade e conhecimento, dos vários aspectos que podem envolver as questões do afeto, da sexualidade, da saúde sexual e do exercício da maternidade e da paternidade das pessoas com deficiência. O desempenho de papéis sexuais, a gravidez e o planejamento reprodutivo são temas fundamentais e inadiáveis.

Uma forte barreira a ser superada é a falta de informações, a eles direcionadas, sobre seus direitos sexuais e direitos reprodutivos, sobre as possibilidades de serem vítimas de violência doméstica e psicológica e de abuso sexual, sobre sua maior vulnerabilidade para o uso de medicamentos, álcool e outras drogas, para as doenças sexualmente transmissíveis e infecção pelo vírus HIV e para a gravidez não planejada.

Para superar essa barreira, é necessário garantir acessibilidade à informação e à educação em sexualidade para crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos com deficiência, considerando a especificidade de cada fase do ciclo de vida e cada deficiência. Há de se garantir também o atendimento adequado às pessoas com deficiência que vivenciam diferentes formas de expressão e exercício da sexualidade, como também as questões relativas à raça/etnia.

Citando novamente Rosana Glat (2004, apud GIL; MERESMAN, 2006), a seguir algumas ações em educação e saúde a serem consideradas no planejamento local são descritas:

- O conteúdo dos programas de educação sexual nas escolas deve ser semelhante ao de programas para qualquer jovem, abrangendo aspectos informativos e a discussão de atitudes, valores e sentimentos. A sexualidade deve ser vista como comportamento social e expressão da afetividade.
- Esses programas precisam dar conta das necessidades e características de cada jovem, já que a vulnerabilidade a situações de risco tem relação direta com sua deficiência específica.
- Para adolescentes surdos, é prioritário o desenvolvimento de programas de educação e saúde que facilitem o acesso às informações e que privilegiem o sentido da visão, como a criação de vídeos com legendas.
- Também é necessária a presença de intérpretes de língua de sinais, para garantia da aquisição de informação e para os surdos não letrados.
- Para jovens que tenham déficits cognitivos, sobretudo severos, a orientação terá que ser feita com linguagem apropriada ao seu nível de compreensão, acrescida de imagens e figuras.
- Para pessoas com deficiência visual, é fundamental o acesso à informação no sistema Braille e materiais gravados ou digitalizados.
- Serviços de orientação e apoio psicológico são fundamentais para que esses jovens possam exercer seu direito ao prazer, inclusive com parceiros, na medida de suas possibilidades, tornando sua vida mais rica em relacionamentos e experiências, mas, ao mesmo tempo, aprendendo a se proteger das situações de vulnerabilidade.

Finalmente, a seguir são apresentados alguns questionamentos que podem suscitar reflexões e orientações aos gestores e profissionais da Atenção Básica quanto à acessibilidade e acolhimento das pessoas com deficiência nos serviços.

1. Se você está planejando melhorar a qualidade dos serviços de saúde, na área de abrangência sob sua responsabilidade ou no seu município, a pessoa com deficiência está incluída? Caso sua resposta seja não, por quê?
2. Se você está programando adaptações em ambientes físicos, está considerando o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde? [17]
3. Você tem considerado adequações que permitam acessibilidade das pessoas com deficiência e com limitações? Por exemplo, rampas de acesso, portas com dimensões ampliadas, maçanetas em alavanca, barras de apoio etc.?
4. Você tem considerado a necessidade de mobiliários, equipamentos e instrumentais adaptados para realizar atendimento clínico às pessoas com deficiência?
5. Você tem considerado a necessidade de material específico para educação em saúde, para pessoas com deficiência visual e auditiva?
6. Existe algum profissional que compreenda e utilize linguagem de sinais (libras), por exemplo?
7. Ao atualizar políticas, normas e procedimentos, você tem incluído conteúdos referentes às pessoas com deficiência?
8. Você tem incluído discussões relacionadas às pessoas com deficiência nas capacitações das equipes e nas discussões com a comunidade?

PROSTITUTAS E OUTRAS PESSOAS QUE EXERCEM A PROSTITUIÇÃO

Ao se abordar o tema saúde sexual e saúde reprodutiva, é imprescindível contemplar a discussão sobre aspectos específicos relacionados a grupos populacionais como as prostitutas ou outras pessoas que exercem a prostituição, para quem as atividades sexuais, além de realizadas no contexto da vida pessoal, são também uma profissão.

A prostituição é uma prática antiga exercida de forma predominante por mulheres, embora transexuais, travestis e homens também a exerçam.

Pode ser conceituada como a troca consciente de relações sexuais por dinheiro ou por outros interesses não sentimentais, afetivos ou relacionados ao prazer. Embora o mais comum seja a prostituição ocorrer como uma relação de troca entre sexo e dinheiro, esta não é uma regra. Pode ocorrer a troca de relações sexuais por outros interesses ou bens materiais (WIKIPÉDIA, 2008).

---

[17] Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, 2ª edição publicada pelo Ministério da Saúde em 2008. Disponível em: www.saude.gov.br/dab.

As discussões sobre o tema apontam para a importância de se distinguir a prostituição da exploração sexual, a partir do entendimento da prostituição como uma profissão exercida por escolha adulta consciente e independente, livre de exploração, coerção ou outros tipos de violência.

De acordo com essa concepção, as situações que envolvem crianças ou adolescentes com menos de 18 anos, comumente denominadas de "prostituição infantil" ou "prostituição infantojuvenil", seriam mais bem definidas como exploração sexual de menores.

Sociedades atuais diversas reprovam a prostituição, a partir dos valores morais dominantes.

Na perspectiva dos direitos humanos e, consequentemente, da oferta de atenção à saúde igualitária e integral, conforme assegura a Constituição Federal Brasileira, a atuação profissional ética e a oferta de atenção à saúde adequada e de qualidade a todos os cidadãos devem prevalecer sobre qualquer opinião ou juízo de ordem moral.

As pessoas que exercem a prostituição têm, ao longo dos anos, sofrido forte discriminação e violência de diferentes tipos, incluindo a institucional, em virtude de sua profissão. O estigma e o preconceito ferem direitos humanos e contribuem para maior vulnerabilidade desse grupo a doenças e agravos à saúde de um modo geral. A sociedade e as diversas instituições, especialmente as do setor saúde, precisam romper essas barreiras para a promoção do respeito e do acesso a ações e serviços dignos a essas pessoas.

Conforme estabelece a Lei nº 8.080/90, art. 7º, IV, as ações e serviços do Sistema Único de Saúde devem se desenvolver tendo como um dos princípios "a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (BRASIL, 1990b).

Constituindo-se a Atenção Básica porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, há de se perceber e ressaltar o importante papel das equipes de Atenção Básica no acolhimento e na atenção integral e de qualidade às pessoas que exercem a prostituição.

PROSTITUIÇÃO NA SOCIEDADE

Mesmo com as grandes mudanças que se observa nos valores e na conformação das famílias na sociedade atual, a moral vigente possui reflexos do padrão de comportamento da mulher que foi valorizado durante muito tempo, segundo o qual a mulher era vista como "dessexualizada" ou então como depravada.

Nessa concepção, a mulher deveria ser a "rainha do lar", onde o prazer passaria a ser direcionado para o cuidado e a reprodução da família e a sua sexualidade ficaria sob controle de questões morais de poder (GAVRANIC, [200-]).

Assim, o corpo das mulheres foi objeto de intervenções e práticas que assegurassem o seu "bom comportamento". Por exemplo, no final do século XIX, o discurso médico começa a enfatizar a periculosidade típica das mulheres e a "transformar em anomalias as 'peculiaridades' típicas desse sexo" (ROHDEN, 2001, p. 70). Popularmente, a mulher passa a ter algumas figuras com que se identificar: a santa ou a pecadora, a virgem ou a prostituta, a moderada ou a louca.

Nesse momento as ovariotomias surgem como a grande possibilidade de "curar" os problemas do comportamento feminino, tais como a tendência à excessiva lascívia sexual, masturbação, desejo sexual incontrolável, histeria etc.

Ainda hoje existem relacionamentos marcados pelo machismo, em que o prazer ou o desprazer da mulher não é considerado.

Por outro lado, a prostituição e a prostituta representam o oposto ao lar e à "rainha do lar". Nesse universo, a sexualidade insubmissa pode acontecer, associada às representações do impuro. E os desejos proibidos no território do lar, as fantasias irrealizáveis, podem ser vividos em locais com caráter lúdico e público – boates, bordéis, "zonas" e ruas (GAVRANIC, [200-]).

Muitos homens procuram nas prostitutas a oportunidade de extravasar o desejo, de viver fantasias ou fetiches sexuais de uma forma imediata, principalmente, quando não tem alguém para fazer sexo ou quando, devido a uma educação repressora, esse homem tem um modelo de relacionamento com sua parceira onde não cabe o compartilhar de fantasias sexuais, a possibilidade de ousar. O sexo pago pode também ter como significado a realização de poder (GAVRANIC, [200-]).

A prostituição é, assim, um campo de liberação de desejos e fantasias. Esse cenário inclui como profissionais mulheres, homens, travestis e transexuais, e como clientes homens e mulheres hetero ou homossexuais.

Guimarães e Merchán-Hamann (2005) destacam, em um artigo sobre a percepção das mulheres que exercem a prostituição sobre sua atividade profissional, que a concepção da mulher que vende o corpo vem sendo resignificada, dando lugar a uma nova concepção, a partir da qual a mulher prostituta é uma profissional que realiza fantasias eróticas, o comércio de fantasias.

UM POUCO DE HISTÓRIA

Há registros de que a prostituição existe em várias civilizações desde a antiguidade. A depender do contexto cultural e da época, a visão das sociedades sobre a prostituição apresentou-se diversa, variando entre contextos nos quais as prostitutas eram consideradas sagradas, recebendo honras semelhantes às ofertadas às divindades, e aqueles onde a prostituição era reprimida de forma severa até com a morte. A moral cristã e a ocorrência de epidemias de doenças sexualmente transmissíveis foram fatores

importantes que motivaram as tentativas de eliminação da prostituição na Idade Média, colocando-a em posição de clandestinidade desde então (WIKIPÉDIA, 2008).

No Brasil, apesar do contexto de discriminação em relação à prostituição, muitas conquistas podem ser contabilizadas por esse grupo, embora ainda haja muitos desafios a enfrentar.

A organização da categoria com vistas à mobilização social teve papel fundamental para o alcance de avanços nesse sentido. O início de tal organização deu-se em 1979, com a realização de uma passeata e uma assembleia de prostitutas em protesto à violência policial cometida por um delegado que prendeu e torturou prostitutas e travestis em São Paulo, resultando na morte de uma mulher grávida e duas travestis (CONSULTA NACIONAL..., 2008a).

As principais bandeiras de luta desse movimento giram em torno do reconhecimento dos Direitos Humanos e Trabalhistas, visando à promoção de mudanças no cenário de estigma e discriminação e ao efetivo exercício da cidadania, sem exclusão social.

Em 2002, o Ministério do Trabalho e Emprego incluiu a ocupação profissional do sexo na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que se trata de um documento oficial que reconhece, nomeia, codifica e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. O reconhecimento de uma ocupação na CBO não tem função de regulamentação profissional, serve apenas para fins classificatórios dos tipos de ocupação (BRASIL, 2002d).

O Brasil vem se destacando por sua atuação política e técnica no cenário nacional e internacional de discussões sobre a promoção dos direitos humanos para as pessoas que exercem a prostituição, notadamente no que diz respeito à promoção do acesso aos serviços de saúde e à implementação de ações preventivas de DST/HIV/Aids. Esse protagonismo vem sendo marcado pela parceria entre o Programa Nacional de DST/Aids e as organizações da sociedade civil no campo da prostituição.

No Brasil, a I Consulta Nacional sobre DST/Aids, Direitos Humanos e Prostituição realizou-se no período de 26 a 28 de fevereiro de 2008, em Brasília, da qual resultaram recomendações para o desenvolvimento de ações de abrangência nacional.

PROSTITUIÇÃO DO PONTO DE VISTA JURÍDICO

A prostituição no Brasil não é crime. O Código Penal Brasileiro, instituído pelo Decreto nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, não criminaliza a prostituição em si, mas sim o lenocínio, que consiste na indução, facilitação ou atração de alguém à prostituição ou impedimento para que a abandone (BRASIL, 1940 apud RODRIGUES, 2004).

Conforme o art. 229, do referido código, é crime a manutenção de casa de prostituição, em que pessoas exercem a prostituição sob a administração ou exploração de

terceiros, independentemente da existência ou não de finalidade de lucro ou da mediação direta do proprietário ou do gerente. Ressalta-se que os casos em que a prostituta mantém um local para explorar o seu próprio comércio sexual não se enquadram nesse crime (BRASIL, 1940 apud RODRIGUES, 2004).

ALGUMAS ESPECIFICIDADES DA PROSTITUIÇÃO IDENTIFICADAS EM UM ESTUDO BRASILEIRO

Estudo avaliativo sobre a efetividade das ações de prevenção das DST/Aids, dirigidas a mulheres profissionais do sexo, de três regiões brasileiras (Nordeste, Sudeste e Sul), foi realizado entre outubro de 2000 e março de 2001, pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública, da Universidade de Brasília (Nesp/UnB), a partir de uma demanda do Programa Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Participaram 2.712 mulheres, divididas em dois grupos de comparação: um grupo era o de mulheres que participavam de algum dos projetos de intervenção educativa em avaliação (Grupo Intervenção) e o outro de mulheres que não recebiam nenhum tipo de intervenção educativa, seja dos projetos selecionados para avaliação, seja de qualquer outro (Grupo Controle).

Conforme os resultados obtidos, pouco mais de 70% das profissionais do sexo estavam na faixa etária entre 20 e 39 anos, nas três regiões pesquisadas, independentemente do grupo de comparação.

O local de trabalho para a maioria das mulheres pesquisadas é a rua (mais de 40%), bares ou boates (nesse caso, o percentual para os Grupos Intervenção e Controle foi de 39 e 45%, respectivamente). Os motivos para a atividade na rua parecem ter relação com a maior liberdade de horários e possibilidade de ficar com todo o dinheiro do programa, contudo há maior exposição à violência e a hostilidades.

Quanto à renda mensal, houve diferenças expressivas entre as regiões. Na Região Nordeste, 74,4% das prostitutas recebiam até dois salários mínimos, enquanto nas Regiões Sudeste e Sul os percentuais de mulheres que recebiam esse valor foram de 34,2% e 21,8%, respectivamente. No Sul e no Sudeste, o percentual que recebia acima de oito salários mínimos foi de 23,9% e 19,1%, respectivamente, enquanto no Nordeste apenas 1,7% conseguia ter renda nesse patamar.

O estudo mostrou ainda que, de forma semelhante à situação de renda, a escolaridade na Região Nordeste apresentou panorama mais desfavorável – 13,8% das mulheres prostitutas nunca estudaram. Na Região Sul, o percentual de mulheres que nunca estudou foi de 4,3% e no Sudeste, 5,3%.

Conforme os relatos nos grupos focais, o tipo de cliente mais comum é aquele que não cria problemas – faz o programa conforme a negociação e paga o combinado. Mas também há maus clientes, que ofendem, ameaçam ou agridem, tentam descumprir ou burlar o que foi combinado em relação ao programa ou ao preço.

A satisfação com a profissão foi relacionada com a possibilidade de liberdade, autonomia, maiores ganhos financeiros e o fato de conhecer pessoas interessantes. Em geral, os relatos são de que a renda obtida na profissão é sempre muito superior à que poderiam conseguir com outras atividades no mercado formal ou informal de trabalho, mesmo no caso daquelas com capacitação para acessar empregos melhor remunerados.

As dificuldades ou pontos negativos da profissão foram relacionados à discriminação, a ter que lidar com clientes desagradáveis, à necessidade, dependendo do caso, de encobrir a profissão, à profissão ser considerada humilhante e aos riscos que envolvem a atividade.

Quanto ao número de programas realizados por semana, a maior parte das mulheres, mais de 60%, realiza até dez programas por semana. Numa faixa aproximada entre 16 e 20% realizam entre 11 e 20 programas por semana e o restante das mulheres pesquisadas realiza mais que isso.

Quanto ao uso do preservativo de forma consistente com os clientes, 73,8% das mulheres do Grupo de Intervenção e 60,3% das mulheres do Grupo Controle ou sem intervenção referiram usar. No entanto, o uso do preservativo com o companheiro ou namorado foi bem menor: menos de um terço das mulheres do Grupo Intervenção e menos de 20% das mulheres do Grupo Controle referiram usá-lo nas relações sexuais com o namorado, marido ou companheiro. O maior percentual de mulheres que referiram fazer esse uso foi o da Região Nordeste (30,2%), seguida da Região Sul (21,3%) e Sudeste (19,4%).

A prevalência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV foram as seguintes: 6,1% para HIV, 3,8% para a sífilis, 31,9% para a hepatite B e 4,5% para a hepatite C.

O uso de drogas injetáveis, conforme os resultados do estudo, não se apresentou alto, com prevalências entre 0,5 e 3,7%. O consumo de álcool foi referido por 65% das mulheres; 16% referiram usar maconha e 11% referiram usar cocaína; 7% das mulheres disseram consumir tranquilizantes na busca de efeito antiestresse.

RECOMENDAÇÕES PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E EM SAÚDE REPRODUTIVA DAS PESSOAS QUE EXERCEM A PROSTITUIÇÃO

Uma primeira recomendação muito importante quanto à atenção integral à saúde das pessoas que exercem a prostituição é que gestores e profissionais de saúde contribuam para a superação do estigma e da discriminação que existe na sociedade e nas instituições em geral, com relação às pessoas que exercem a prostituição. Esse é um passo fundamental para a promoção do acesso universal ao sistema de saúde.

Orienta-se aos profissionais de saúde da Atenção Básica:

1. Ter postura ética, acolhedora e respeitosa, assegurando o sigilo e a confidencialidade das informações sobre a intimidade, estado de saúde, atividade profissional, entre outras.
2. Que a atenção em saúde para qualquer pessoa, incluindo as que exercem a prostituição, seja ofertada sob o ponto de vista de uma abordagem integral, em que se deve considerar o contexto de vida da pessoa e as implicações de agravos ou condições socioeconômicas e ambientais sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva.
3. Na abordagem sobre a saúde sexual, considerá-la tanto na dimensão da vida privada como na do exercício profissional.
4. Promover o respeito à orientação sexual e aos diferentes estilos de vida, na unidade de saúde e junto às famílias e à comunidade.
5. Abordar o tema da violência às pessoas que exercem a prostituição, na unidade de saúde e junto às famílias, instituições e à comunidade em geral, com o objetivo de preveni-la.
6. Promover o diálogo objetivo sobre sexualidade e uso de drogas.
7. Nos casos de consumo de álcool e outras drogas, é necessário trabalhar com as estratégias de redução de danos [18], inclusive com a integração de redutores de danos [19], onde for possível.
8. Desenvolver ações de promoção à saúde das pessoas que exercem a prostituição, buscando, sempre que possível, a articulação com outros setores.
9. Buscar articulação e realizar ações de forma integrada com a sociedade civil organizada, organizações não governamentais e outras instituições que realizem trabalhos direcionados às pessoas que exercem a prostituição.
10. Realizar ações educativas, preventivas e assistenciais em saúde sexual e saúde reprodutiva, adequadas à realidade e especificidades desse grupo.
11. Adequar, na medida do possível, horários de atendimento e a quantidade de insumos (preservativos, lubrificantes e outros) disponibilizados, considerando as necessidades das pessoas que exercem a prostituição.
12. Quando for necessário e indicado, realizar encaminhamentos a unidades de atenção especializada e manter acompanhamento sobre a situação de saúde da pessoa.

---

[18] Redução de danos é o conjunto de ações que visam a diminuir os prejuízos biológicos, econômicos e sociais trazidos pelo uso e abuso de drogas, sem necessariamente implicar no abandono do consumo, considerando que, naquele momento, algumas pessoas não querem ou não conseguem parar de usar drogas.

[19] Redutores são pessoas capacitadas em práticas de redução de danos que atuam diretamente com os usuários de álcool e outras drogas.

13. Contribuir com a inserção social das pessoas qu e exercem a prostituição.
14. Ofertar a realização do exame preventivo do câncer de colo de útero, exame das mamas e os testes sorológicos para sífilis, hepatite B e HIV.
15. Realizar acompanhamento pré-natal e puerperal.

PESSOAS EM SITUAÇÃO DE PRISÃO

Embora sejam muitos os estigmas e os preconceitos que recaem sobre as pessoas em situação de prisão, com exceção da liberdade e do direito ao voto para os já sentenciados, essas pessoas fazem jus aos mesmos direitos e garantias fundamentais das pessoas em geral, inclusive aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, que são, reconhecidamente, direitos humanos.

Contudo, o descaso das autoridades públicas e da sociedade como um todo acompanhado, comumente, por questões de fundo moral faz com que situações de violações de direitos dos presos sejam regra, não exceção. No tocante ao número de pessoas presas no País, por exemplo, quase metade permanece sem julgamento, em clara afronta à legislação. Assim, não é de se estranhar que haja muitos entraves ao acesso de pessoas privadas de liberdade não somente no que tange à assistência jurídica, mas também à educação, trabalho e saúde, assim como à garantia a direitos sexuais e a direitos reprodutivos.

Além disso, não há consenso em relação a algumas situações que acontecem nas unidades prisionais, como a visita íntima e a presença de bebês nascidos dentro do cárcere, sendo que o modo pelo qual se permite ou não o acesso de parceiros nos presídios e aloca-se ou não crianças e mães em espaços adequados ao puerpério é bastante heterogêneo. Existem iniciativas de alguns estados da federação no sentido de garantir direitos sexuais e reprodutivos, como as atividades de educação em saúde em meio às situações de visita íntima, assim como a reserva de locais contíguos às penitenciárias para o acolhimento da mãe e do bebê após o parto.

O debate acerca dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das pessoas privadas de liberdade, dessa maneira, em muito pode colaborar para a criação de normatizações federais a esse respeito.

São diversos os fatores que atravessam a dinâmica prisional e dificultam o acesso de pessoas privadas de liberdade aos direitos mais fundamentais. O próprio âmbito de "instituição total" – conceito cunhado pelo sociólogo canadense Erving Goffman para traduzir o controle e a normatização da vida em espaços isolados como as prisões, os hospitais psiquiátricos, entre outros – é, sozinho, um intricado empecilho. Outros entraves e peculiaridades conexos são: a superlotação, a política repressiva contra drogas, a pressão social pelo endurecimento das penas e a insalubridade, que não podem ser compreendidas de forma dissociada da questão da saúde. Aparte tais barreiras, há desafios associados, como o de assentar a intersetorialidade de lógicas distintas como

a da saúde e a da segurança em âmbito prisional, o de migrar de uma dinâmica essencialmente curativa para uma dinâmica mais ampla que inclua a promoção da saúde e a prevenção de agravos, o de contratar e capacitar recursos humanos, entre outros.

A **superlotação** é fator de vulnerabilidade que deve ser enfatizado. Entre 1992 e 2007 é possível observar crescimento de 370% entre a população em privação de liberdade no mundo. A taxa de ocupação era de 146,8% em 2007 [20]. No Brasil, os altos índices de encarceramento (220 por 100.000 habitantes), assim como a morosidade do sistema de justiça criminal e a situação precária do sistema penitenciário, em muito contribuem para a violação dos direitos humanos entre a população privada de liberdade.

Mesmo com infraestrutura adequada (o que é raro), a entrada progressiva de novos presos e presas, associada à insalubridade dela decorrente, é não somente uma das maiores barreiras da atuação da saúde no sistema penitenciário, mas também uma das razões pelas quais a dinâmica permanece curativa.

Dados recentes do Departamento Penitenciário Nacional (Depen), órgão do Ministério da Justiça responsável pela administração prisional em âmbito federal, apontam que, se apenas o estado de São Paulo quisesse acompanhar a demanda prisional, uma penitenciária com 500 vagas teria de ser criada a cada 30 dias.

Outros obstáculos comumente encontrados são a resistência por parte dos profissionais de saúde, gestores e sociedade ao reconhecimento dos direitos humanos das pessoas em situação de prisão e a pressão social pelo endurecimento da legislação, dentro de um paradigma primordialmente repressivo.

Assim, conscientizar gestores e profissionais que atuam no sistema prisional acerca da saúde como direito do cidadão e dever do Estado – no sentido de sublinhar o fato de não ser um favor, mas a efetivação de um ordenamento jurídico pactuado socialmente – é um desafio. Isso exige constante incentivo à reflexão, por meio de formação e educação permanente.

Buscar formar multiplicadores entre os detentos, em unidade prisionais, com a metodologia dos agentes comunitários de saúde, é uma proposta interessante, pois, além do impacto local, abre perspectiva profissional para o detento ao término da pena.

O DESAFIO DA ATENÇÃO AOS DIREITOS SEXUAIS E AOS DIREITOS REPRODUTIVOS EM ÂMBITO PRISIONAL

Em face dos tratados internacionais que versam sobre o tema – notadamente os resultantes das conferências de Cairo e Beijing, e da própria Constituição Federal de 1988 – marco político da ampliação da cidadania, o Estado depara-se com o desafio de implementar efetivamente tais direitos e garantias. Para tanto, em 2003, foi criado

---

[20] *World prison brief King's College London* 2008.

o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), por meio da Portaria Interministerial nº 1.777/03, com vistas a levar aos cárceres, de forma concreta, o que apenas formalmente previa-se em lei: as ações e serviços de saúde.

Ainda que antes houvesse ações de saúde nos estabelecimentos penais, intentou-se com o PNSSP facilitar o acesso efetivo, por meio de incentivo financeiro para custeio e *kit* de medicamentos e insumos de Atenção Básica, com recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, que arca também com a reforma e adequação dos espaços físicos de estabelecimentos penais e equipamentos.

Contudo, a dinâmica da atenção à saúde nas unidades prisionais tem sido essencialmente curativa e pontualmente preventiva. Ainda há muito investimento a ser feito no sentido da consolidação de uma lógica de Atenção Básica, no sentido de promoção e da preservação da saúde, enfatizando-se a importância da educação em saúde.

As doenças infectocontagiosas mais frequentes são as DST/HIV/Aids, tuberculose, infecções do trato urinário, entre outras.

Quanto à saúde das mulheres em situação de prisão, são frequentes também vulvovaginites e câncer de colo de útero e de mama.

No mundo todo, observa-se que a prevalência de HIV entre pessoas privadas de liberdade é mais alta que entre a população em geral. Nos países onde a maior frequência de transmissão é por via sexual, o índice de HIV em prisões chega a ser duas vezes maior que na população em liberdade. Já nos países em que o uso de drogas injetável é o meio mais frequente de infecção por HIV, a prevalência de HIV em prisões chega a ser até 20 vezes maior que na população em liberdade. Em prisões, fatores adicionais de risco para a transmissão do HIV podem incluir: o compartilhamento de material usado em tatuagens, piercings e lâminas de barbear, além da esterilização inadequada ou reutilização de instrumentos médicos ou odontológicos.

De acordo com recente boletim do Unaids sobre a situação do HIV na América Latina, os índices de HIV em prisões no Brasil são elevados. Em uma prisão masculina estudada em São Paulo, quase 6% da população tinha HIV. Entre as mulheres de outro centro penitenciário da capital paulista, o índice era de 14%. Segundo o estudo, o nível de conhecimento sobre HIV é alto entre a população prisional, mas o acesso a ações de prevenção e assistência dentro das prisões continua inadequado.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário estabelece diretrizes relacionadas à prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/HIV/Aids, com ênfase na qualificação dos serviços prestados à população penitenciária.

Situações de superpopulação, violência, iluminação e ventilação naturais insuficientes, falta de proteção contra condições climáticas extremas são comuns em unida-

des prisionais em todo o mundo. Quando essas condições se associam a inadequações nos meios de higiene pessoal e de nutrição, à falta de acesso à água potável e a serviços de saúde deficientes, cresce a vulnerabilidade da população privada de liberdade aos diversos agravos à saúde.

Ao fomentar a implantação de equipes multidisciplinares de Atenção Básica no sistema penitenciário, o PNSSP tem estimulado que as ações e serviços de saúde no sistema prisional venham a se desenvolver sob perspectiva de atenção integral, com a oferta de ações e serviços de promoção e recuperação da saúde, bem como de prevenção de agravos.

CAPÍTULO 9

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde sexual e saúde reprodutiva. Educar é um processo de construção permanente.

Segundo o educador Paulo Freire (1996), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Para o educador:

> [...] embora diferentes entre si, quem forma se forma e reforma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É nesse sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual o sujeito dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. (FREIRE, 1996, p. 23)

A partir dessa concepção, recomenda-se que as práticas educativas façam uso de metodologia participativa, com abordagem pedagógica centrada no sujeito. Para se obter bom resultado, no que se refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva, é importante considerar o conhecimento e experiência dos participantes, permitindo a troca de ideias sobre sexualidade, reprodução, relacionamento humano e sobre os fatores socioeconômicos e culturais que influenciam nessas questões. Essa metodologia estimula a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses.

As ações educativas, preferencialmente realizadas em grupo, devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual. Sugere-se que sejam formados grupos específicos para adultos e adolescentes, com no máximo 20 pessoas por grupo. É recomendável que os grupos de adolescentes sejam formados de acordo com as seguintes faixas etárias: de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos.

No grupo, as pessoas têm a oportunidade de redimensionar suas dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos, conhecimentos etc. A dinâmica grupal contribui para o indivíduo perceber sua própria demanda, reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação ativa nos atendimentos individuais subsequentes.

Existem diferentes metodologias de trabalho de grupo. Cada serviço deve utilizar a que melhor se adapte às suas disponibilidades de pessoal, de tempo e de espaço, bem como às características e necessidades do grupo em questão. A linguagem utilizada pelo profissional de saúde deve ser sempre acessível, simples e clara.

As ações educativas devem estimular as mulheres e os homens, adultos e adolescentes ao conhecimento e ao cuidado de si mesmos, fortalecendo a autoestima e a autonomia, contribuindo para o pleno exercício dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.

Para que esses valores e conceitos sejam incorporados, é fundamental que os profissionais aprendam a acolher o discurso do outro, interagindo sem expressar juízo de valor – escuta ativa – e a reconhecer a subjetividade – que deve ser entendida como um conjunto de características pessoais, emocionais e culturais que permitem a identidade própria e fazem do indivíduo sujeito de suas ações.

O tema sexualidade está presente no cotidiano de todas as pessoas. Tão importante quanto polêmica, a abordagem da educação sexual é de suma importância para a qualidade e efetividade da atenção em saúde sexual e saúde reprodutiva. Devido à sua importância, deve, além de contar com ações específicas, transversalizar as ações da equipe de saúde, na escuta aos usuários do serviço.

Abordar a temática saúde sexual e saúde reprodutiva sob enfoque educativo significa ofertar oportunidades aos usuários de falarem sobre o que pensam do amor, do preconceito, da amizade, da família, da cidadania, do namoro, do "ficar", da virgindade, das doenças sexualmente transmissíveis, da raiva, da violência, das drogas, do sexo, da fome, da desigualdade, da arte, do medo, da gravidez desejada ou indesejada etc. Por tudo isso, abordagens coletivas, ou melhor, conversas coletivas sobre esse assunto tornam-se fundamentais.

Nesse sentido, o primeiro passo para provocar o debate com o usuário é entender que todos estão fortemente afetados por esse assunto e que não é possível implementar diálogo pedagógico efetivo a partir de propostas que se baseiem unicamente em estratégias pedagógicas tradicionais, tais como "palestras sobre métodos de planejamento familiar", planejadas pelos trabalhadores do serviço, onde o usuário é obrigado a participar para ter acesso ao método de planejamento familiar.

As estratégias educativas devem ser implementadas a partir da problematização das realidades dos usuários, o que significa refletir sobre as situações, questionando os fatos, fenômenos e ideias, para compreender os processos e construir propostas e soluções no coletivo. E nesse processo de problematização deve-se buscar envolver todos, ou seja, tanto os usuários quanto os trabalhadores do serviço de saúde.

É necessário que se considere que cada pessoa envolvida no processo educativo tem determinado conceito de saúde, visão de mundo, de corpo, de sexualidade, orientação sexual etc. Além disso, também carrega diversos conhecimentos sobre sua saúde, autocuidado, doenças e como evitar ou tratá-las. E cada um desses conceitos e conhecimentos deve ser considerado no processo educativo, pois o reconhecimento e o acolhimento, por parte do grupo, de todos esses conceitos prévios são determinantes na construção da possibilidade de um diálogo educativo, produtor de novos conhecimentos e novas práticas.

A aprendizagem, para ser significativa, deve estar diretamente ligada à experiência afetiva do sujeito. O processo educativo e o ato de aprender são prazerosos e mobili-

zadores na medida em que se relacionam com a vida do sujeito e lhe permitem ampliar a compreensão sobre a sua vida, isto é, mostram-se com potência para qualificar o seu cotidiano, possibilitando a solução de problemas ou dificuldades.

As práticas educativas tradicionais, tais como as "palestras", não se mostram efetivas por não levarem em conta as concepções prévias e situações de vida dos sujeitos envolvidos.

A aprendizagem significativa acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. Geralmente isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Isso é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos. Na aprendizagem significativa, acumulamos e renovamos experiências.

As atividades educativas podem e devem ser desenvolvidas nos serviços de saúde e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade. Deve-se promover a participação dos homens – adolescentes, adultos ou idosos – para promover cultura de responsabilidade compartilhada, não sobrecarregando as mulheres.

O profissional deve sempre pautar suas ações em princípios éticos, como o respeito à autonomia das pessoas, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo na abordagem da sexualidade e saúde reprodutiva.

Entre as habilidades que o profissional de saúde deve buscar desenvolver estão:

- Respeito e empatia pelos usuários.
- Boa capacidade de comunicação.
- Utilizar linguagem acessível, simples e clara.
- Ser gentil, favorecendo o vínculo e uma relação de confiança.
- Acolher o saber e o sentir das(os) usuárias(os).
- Tolerância aos princípios e às distintas crenças e valores que não sejam os seus próprios.
- Sentir-se confortável para falar sobre sexualidade e sobre sentimentos.
- Ter conhecimentos técnicos.

CAPÍTULO 10

FALANDO SOBRE ANTICONCEPÇÃO

A atenção em anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos(as) e adolescentes, num contexto de **escolha livre e informada**.

Na atenção em anticoncepção, é muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida.

PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER – PNDS/2006: DADOS SOBRE ATIVIDADE SEXUAL E ANTICONCEPÇÃO

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) traça um perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos no Brasil. Em 2006, foi realizada a sua terceira edição. A maior parte dos dados foi coletada por meio de entrevistas domiciliares, realizadas com cerca de 15 mil mulheres entre 15 e 49 anos que vivem em áreas urbanas e rurais, nas cinco regiões brasileiras (BRASIL, 2008b).

Nos últimos 10 anos, verificou-se que as mulheres estão começando sua atividade sexual cada vez mais cedo, o mesmo sucedendo com a prática da anticoncepção (BRASIL, 2008b).

Até os 15 anos, em 2006, 33% das mulheres entrevistadas já haviam tido relações sexuais, valor que representa o triplo do verificado na PNDS realizada em 1996. Por sua vez, 66% das jovens de 15 a 19 anos sexualmente ativas já haviam usado algum método contraceptivo, sendo que o preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis (5%) foram os mais utilizados (BRASIL, 2008b).

A pesquisa verificou que a imensa maioria das mulheres já fez uso de algum método anticoncepcional, sendo esse percentual de quase 100% entre as não unidas sexualmente ativas maior que entre as atualmente unidas. A camisinha masculina e a pílula são os métodos mais citados. Chama ainda a atenção que quase 29,1% das mulheres atualmente unidas e 11% das sexualmente ativas não unidas recorreram à esterilização feminina. Em torno de 20% das mulheres, em todos esses grupos, usaram injeções. O percentual das que tiveram experiência com a pílula do dia seguinte alcança 23,2% no grupo das não unidas sexualmente ativas, no qual quase 5% já usaram a camisinha feminina (BRASIL, 2008b).

Na PNDS/2006, o perfil de uso de métodos anticoncepcionais, segundo o tipo de método, para todas as entrevistadas, as mulheres unidas e as não unidas sexualmente ativas, foi o seguinte: o percentual de mulheres que usam atualmente algum método é extremamente alto, alcançando mais de 80% entre as unidas. Praticamente todas as entrevistadas que regulam a fecundidade utilizam métodos anticoncepcionais modernos: 29% das atualmente unidas estão esterilizadas, 21% utilizam pílulas, 6% recorrem à camisinha masculina, 5% têm o companheiro vasectomizado e apenas 3% usam métodos tradicionais (BRASIL, 2008b). Na Tabela 1, é apresentado o uso atual de anticoncepcionais:

Tabela 1: Distribuição percentual de todas as mulheres, mulheres atualmente unidas e mulheres não unidas sexualmente ativas usando algum método, segundo o tipo de método. PNDS 2006.

Método **	Uso atual		
	Todas as mulheres	Mulheres atualmente unidas	Mulheres não unidas, sexualmente ativas*
Algum método	67,8	80,6	75,2
Métodos modernos	65,2	77,1	73,3
Esterilização feminina	21,8	29,1	10,9
Esterilização masculina	3,3	5,1	0,1
Pílula	22,1	24,7	30,3
DIU	1,5	1,9	1,3
Injeção contraceptiva	3,5	4,0	4,4
Implantes	0,1	0,1	0,4
Camisinha masculina	12,9	12,2	26,0
Camisinha feminina	0,0	0,0	0,0
Diafragma	0,0	0,0	0,0
Creme, óvulos vaginais	0,0	0,0	0,0
Pílula do dia seguinte	0,0	0,0	0,1
Método tradicional	2,4	3,2	1,6
Tabela / abstinência periódica / Billings	0,8	1,1	0,6
Coito interrompido	1,5	2,1	1,0
Outro método***	0,2	0,3	0,3
Não está usando método	32,2	19,4	24,8
Número de casos	15.575	9.989	2.838

* Mulheres que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses.

** Se mais de um método foi reportado, foi considerado o método mais efetivo.

*** Inclui outros métodos modernos e tradicionais não especificados no questionário, tais como adesivo hormonal, anel vaginal, chás, ervas, ducha vaginal, entre outros.

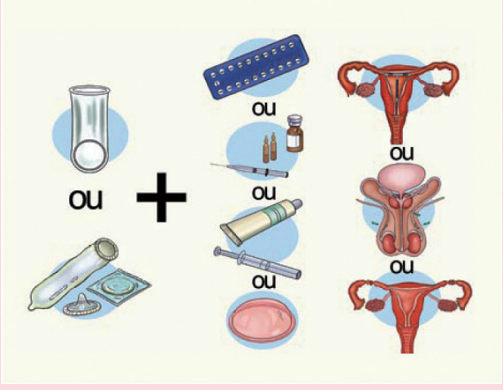
Mudança substancial ocorreu no padrão contraceptivo, entre 1996 e 2006. Observa-se declínio da esterilização feminina, que passou de 40% a 29%, e crescimento do uso do preservativo, de 4% a 12%, entre mulheres atualmente unidas (BRASIL, 2008b).

A maior parte das cirurgias de esterilização feminina continua sendo associada ao parto cesáreo, apresentando o mesmo percentual (59%) na PNDS/1996 e na PNDS/2006 (BRASIL, 2008b).

No que diz respeito às fontes de obtenção de métodos modernos, verifica-se que as farmácias continuam sendo a fonte mais importante de obtenção dos métodos hormonais (pílulas e injeções) e do preservativo. Por sua vez, os serviços de saúde do SUS são os grandes responsáveis pelo provimento da esterilização e do DIU (BRASIL, 2008b).

DUPLA PROTEÇÃO É A MELHOR SOLUÇÃO

A prevenção simultânea das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez foi definida pela Organização Mundial de Saúde como dupla proteção. Esse conceito surgiu na década de 70 e consiste no uso combinado da camisinha masculina ou feminina com outro método anticoncepcional, tendo como finalidade promover, ao mesmo tempo, a prevenção da gravidez e a prevenção da infecção pelo HIV/Aids e por outras DST.



Em meio a uma realidade global de índices elevados de doenças transmissíveis por via sexual, torna-se necessário pensar em opção contraceptiva que proporcione a dupla proteção. **Nesse cenário, assume importância a estratégia de enfatizar a adoção da dupla proteção.**

As DST vêm sendo muito discutidas no ambiente científico e nos meios de comunicação de massa, em especial, por sua associação a maior risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo.

Em 1999, a Organização Mundial de Saúde estimou que ocorrem, no mundo, cerca de 340 milhões de casos novos de DST por ano, entre 15 e 49 anos, 10 a 12

milhões desses casos no Brasil. Nessa estimativa, não estão incluídas DST não curáveis (virais), incluindo o herpes genital, infecções pelo papiloma vírus humano (HPV), hepatite B (HBV) e infecções pelo HIV (WHO, 2005).

Há grande proporção de mulheres, em particular as de maior vulnerabilidade social, que, por dificuldade de acesso aos insumos de prevenção e serviços, falta de conhecimento, questões de gênero e relacionamentos estáveis, não adota medidas de proteção em relação às DST.

Mais de 20 tipos diferentes de doenças são transmitidos por meio do contato sexual (O'LEARY; CHENEY, 1993) e representam grave problema de saúde pública por suas repercussões na saúde, sociais e econômicas. As DST ocorrem com maior frequência nos países em desenvolvimento, onde constituem a segunda maior causa de morbidade entre mulheres de 15 e 45 anos (DALLABETTA et al., 1997).

Considerando que, em média, 20% das mulheres e 70% dos homens apresentam sintomas ou sinais dessas infecções, há enorme contingente de pessoas que procuram atenção formal ou informal, e que poderiam ser orientadas para reconhecimento de suas vulnerabilidades e não reincidirem em práticas de risco, que as levaram àquela DST e também as expuseram ao HIV.

Com a descoberta da penicilina, na década de 40, as epidemias de algumas DST começam a recuar. Nos anos 60/70, com a descoberta da pílula anticoncepcional e com a maior liberdade sexual entre os jovens, voltam a aumentar os números de casos de DST em todo o mundo. Nos anos 80/90, observou-se aumento dramático dos casos de sífilis e gonorreia, muitos dos quais têm ocorrido na população adolescente e de adultos jovens.

Entre todas as DST, a Aids, HIV em gestantes/crianças expostas, sífilis em gestantes e sífilis congênita são agravos de notificação compulsória. No entanto, cerca de cinco mil casos novos de sífilis congênita têm sido notificados anualmente de um total estimado de 12.000 casos, demonstrando significativa subnotificação. Isso mostra que o País desconhece o que ocorre com 50% dos casos de crianças com sífilis congênita. Entre os casos notificados em 2006, 75,8% das mães realizaram pré-natal, 53,7% tiveram diagnóstico na gravidez, para 16,6% houve tratamento do parceiro, 68,2% dos recém-nascidos tiveram diagnóstico clínico de sífilis congênita assintomática e 19,4% sintomática. Com diagnóstico de sífilis congênita recente 89,2%, sífilis congênita tardia 1,0%, natimorto sifilítico 3,8% e aborto por sífilis 2,2% (Brasil, 2006i).

A sífilis é uma doença cujo diagnóstico e tratamento devem ser realizados na Atenção Básica, com baixo custo e pouca ou nenhuma dificuldade operacional. Assim, os profissionais da Atenção Básica precisam estar preparados para implementar estratégias de prevenção e pronto-atendimento com intervenção terapêutica imediata, disponibilização de insumos, mantendo confidencialidade e ausência de discriminação.

Para propiciar o diagnóstico precoce e tratamento imediato das DST, no Brasil, desde 1993, o Ministério da Saúde recomenda a "abordagem sindrômica" para facilitar o controle e o tratamento adequado das DST. Essa abordagem consiste na identificação de um grupo de sinais e sintomas comuns a determinadas DST e no tratamento simultâneo de todas elas. Dessa forma, por meio de fluxogramas de conduta, o diagnóstico e o tratamento das DST se tornam mais rápidos e eficazes.

Além do tratamento medicamentoso, os serviços devem contar com a oferta de atividades de orientação preventiva, de disponibilização de insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante) e de mecanismos para tratamento dos parceiros.

As DST podem causar complicações e sequelas decorrentes da ausência de tratamento, já que, apesar de algumas serem curáveis, a maioria dessas doenças apresenta infecções subclínicas ou pode ser assintomática durante muito tempo.

Entre mulheres com infecções não tratadas por gonorreia e/ou clamídia, 10 a 40% desenvolvem doença inflamatória pélvica (DIP). Destas, mais de 25% se tornarão inférteis. Para efeito de comparação, observa-se que a taxa de infertilidade por causas não infecciosas é estimada em 3 a 7%. Dados de países desenvolvidos indicam que mulheres que tiveram DIP têm probabilidade 6 a 10 vezes maior de desenvolver gravidez ectópica. Nos países em desenvolvimento, a gravidez ectópica contribui com mais de 15% das mortes maternas (WHO, 2004).

Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às DST não tratadas em gestantes (GUTMAN, 1999). Entre homens, a clamídia também pode causar infertilidade (KARINEN et al., 2004; MARDH, 2004; ELLEY et al., 2005). Consequências associadas ao HPV incluem carcinoma de colo uterino, de pênis e de ânus.

O aumento da prevalência e da infecção pelo HIV, a gravidade das consequências das DST e sua frequente ocorrência entre mulheres mostram a necessidade de uma abordagem dessas questões sob a perspectiva de gênero. Fatores biológicos, culturais e socioeconômicos contribuem para a alta incidência e prevalência de DST e de infecção pelo HIV em mulheres.

Na maioria das sociedades, estas têm pouco ou nenhum controle quanto às decisões relativas a quando e sob quais condições ter relação sexual, com relação ao uso do preservativo pelo parceiro e, menos ainda, das condutas sexuais dele (FAÚNDES, 1994; VAN DAM, 1995; MacDONALD, 1996).

Uma explicação possível é que as mulheres ocupam posição secundária na relação, o que dificultaria a discussão aberta com o parceiro a respeito de sexo e modos de proteção (ROSENBERG; GOLLUB, 1992; PAIVA, 1993; HEBLING, 1997; VILLELA, 1997). Além disso, em um relacionamento afetivo, sexual e duradouro, que implica

"conhecer" e "confiar" no marido ou companheiro, ainda é difícil negociar o uso do preservativo. Para algumas mulheres, a confiança no parceiro constitui o método de prevenção (GUIMARÃES, 1996; GOGNA, 1998).

Diversas campanhas educativas têm encorajado o uso do preservativo pelo casal para prevenir as DST/HIV/Aids, entretanto, tem sido observado que os heterossexuais com relações consideradas, por eles, fixas ou de longa duração não adotam esse método de forma regular, por não fazer parte de sua rotina de vida (GERTIG et al., 1997; SANGI-HAGHPEYKAR et al., 1997; AGHA, 1998).

É esse mesmo argumento, o da fidelidade, que atinge diretamente muitas mulheres. Não são poucas as que relatam ocorrência de violência por parte do parceiro ao ser proposto o uso do preservativo, pois esse considera que, se a mulher faz essa proposta, é porque o está traindo. Esse fator as vulnerabiliza ainda mais.

Esse cenário justifica o uso da dupla proteção, que deve ser feita usando um método anticoncepcional (pílula, injetável, DIU, diafragma, laqueadura tubária, vasectomia, entre outros) associado ao preservativo masculino ou feminino, em todas as relações sexuais.

É, portanto, fundamental promover atividades que enfatizem a necessidade da reflexão sobre a cultura machista e os riscos de infectar-se com essas doenças, de modo a propiciar processos verdadeiros de mudança por parte dos homens e mulheres.

Os serviços e profissionais de saúde devem incentivar a adoção da dupla proteção, de modo a garantir a prevenção das DST/HIV/Aids e da gravidez não planejada e/ou indesejada.

Diante do fenômeno de feminização, juvenização e pauperização da epidemia de Aids, o planejamento reprodutivo tem que ser trabalhado juntamente com a prevenção das DST/HIV/Aids.

ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Os adolescentes e os jovens têm direito de ter acesso a informações e à educação em saúde sexual e saúde reprodutiva e de ter acesso a meios e métodos que os auxiliem a evitar uma gravidez não planejada, bem como a prevenir-se contra as doenças sexualmente transmissíveis, respeitando-se a sua liberdade de escolha.

Nas últimas décadas, vários estudos vêm demonstrando que a primeira relação sexual está acontecendo cada vez mais cedo. É muito importante que adolescentes e jovens estejam informados sobre sexo seguro e dupla proteção, incentivando-se o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, associada a outro método anticoncepcional.

Os serviços de saúde devem garantir atendimento aos adolescentes e jovens, antes mesmo do início de sua atividade sexual e reprodutiva, para ajudá-los a lidarem com a sua sexualidade de forma positiva e responsável, incentivando comportamentos de prevenção e autocuidado.

É preciso enfatizar que adolescentes e jovens têm direito a ter **atendimento sem discriminação de qualquer tipo, com garantia de privacidade, segredo e confidencialidade**, ou seja, de serem atendidos sozinhos, em espaço privado, onde possa ser reconhecida sua autonomia e individualidade. Por outro lado, recomenda-se que a equipe de saúde busque sempre encorajar o adolescente a dialogar com a sua família, de modo a envolvê-la no acompanhamento dos seus problemas.

Algumas situações são consideradas de exceção quanto ao sigilo, como os atendimentos a pessoas com deficiência intelectual, distúrbios psiquiátricos e nos casos em que há referência explícita ou suspeita de maus-tratos e/ou de abuso sexual (nos casos de maus-tratos e/ou de abuso sexual, é obrigatória a notificação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude). Em todos esses casos citados, além de ser determinante a quebra de sigilo, recomenda-se que deverá fazer parte da consulta outro profissional da equipe de saúde, para salvaguardar o profissional de saúde responsável pelo atendimento de possíveis situações que coloquem em questão as suas condutas (GUAZZELLI; LINDSEY; ALDRIGHI; PETTA, 2005).

Além disso, quando o(a) adolescente não tem capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, situação em que a não revelação das condições de saúde pode acarretar danos ao paciente, é fundamental a quebra do sigilo para seus pais ou responsáveis legais, de modo a garantir que o(a) adolescente tenha os cuidados necessários à manutenção de sua saúde.

A prescrição de métodos anticoncepcionais para menores de 14 anos deve ser criteriosa, não constituindo ato médico inadequado, desde que não se trate de situação de abuso ou violência sexual da adolescente. Se a adolescente informar que a relação sexual não resulta de violência sexual, o profissional de saúde deve registrar tal informação no prontuário e prescrever o método anticoncepcional adequado, salvaguardando-se, dessa forma, de qualquer penalidade legal (GUAZZELLI; LINDSEY; ALDRIGHI; PETTA, 2005).

De um modo geral, os adolescentes podem usar a maioria dos métodos anticoncepcionais disponíveis. No entanto, alguns são mais adequados que outros nessa fase da vida.

A seguir, alguns pontos a serem considerados em relação à anticoncepção na adolescência:

- A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando-se os critérios de elegibilidade clínica.
- **Estimular sempre o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, por ser o único método que protege contra as DST/HIV/Aids. A camisinha pode ser usada associada a outro método anticoncepcional – dupla proteção ou isoladamente. Enfatizar a importância da dupla proteção.**
- Em geral, não há restrições ao uso de **anticoncepcionais hormonais** na adolescência. Os anticoncepcionais hormonais combinados, compostos de estrogênio e progestogênio (anticoncepcionais orais combinados, injetável mensal, adesivo anticoncepcional transdérmico e anel vaginal), podem ser usados desde a menarca. Deve-se, entretanto, **evitar o uso de anticoncepcionais só de progestogênio (injetável trimestral e da pílula só de progesterona – minipílula) antes dos 18 anos, pelo possível risco de diminuição da calcificação óssea**, pois, para mulheres com menos de 18 anos, há uma preocupação teórica em relação ao efeito hipoestrogênico, especialmente do injetável trimestral (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005). Quando o injetável trimestral é usado na menarca, o bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-ovário causa supressão na produção de estrogênio, que aumentaria a reabsorção óssea (PETTA; BASSALOBRE; ALDRIGHI, 2005).
- **O diafragma** é um ótimo método para adolescentes motivadas a usá-lo e bem orientadas.
- **O DIU** deve ser usado com cuidado e com acompanhamento rigoroso da menarca até 19 anos de idade, em jovens nulíparas. Há preocupações pelo risco de expulsão e de infecções em mulheres muito jovens (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005). O DIU não é indicado para as adolescentes que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois nessas situações existe risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST).
- **Os métodos comportamentais** (tabela, muco cervical, temperatura basal, entre outros) **são pouco recomendados para adolescentes**, pois a irregularidade menstrual é muito comum nessa fase e, além disso, são métodos que exigem disciplina e planejamento e as relações sexuais nessa fase, em geral, não são planejadas.
- **A anticoncepção oral de emergência** é um método muito importante para os adolescentes, porque pertencem a um grupo que tem maior risco de ter relações sexuais desprotegidas. É importante que os adolescentes conheçam esse método e saibam que deve ser usado em caráter de exceção, somente em situações emergenciais, e não como método anticoncepcional regular.
- **Os métodos cirúrgicos** – laqueadura tubária e vasectomia – só se justificam nos casos em que existem condições clínicas ou genéticas que façam com que seja imperativo evitar a gravidez permanentemente.

ANTICONCEPÇÕES NA PERIMENOPAUSA

A perimenopausa é o período que antecede a última menstruação. Em geral, a última menstruação ocorre entre 40 e 55 anos de idade.

O climatério, por sua vez, compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo. A instalação da irregularidade menstrual ocorre no início dessa fase, consequente à diminuição da fertilidade e ocorrência de alguns ciclos anovulatórios, ou com corpo lúteo insuficiente. Devido a essas características, qualquer método de anticoncepção adotado pelas mulheres, nesse período, tem maior eficácia (BRASIL, 2008d).

Respeitando-se a liberdade de escolha da mulher e/ou do casal, a prática da anticoncepção no climatério é de grande importância, pois há maior possibilidade de complicações maternas em uma gravidez nessa fase da vida. Além disso, há maior ocorrência de anomalias cromossômicas fetais e abortamentos espontâneos (BRASIL, 2008d).

A mulher no climatério pode usar qualquer método anticoncepcional, desde que não apresente algumas das condições clínicas que contraindiquem o seu uso.

A anticoncepção nessa fase, quando requerida, deve ser mantida até um ano após a menopausa.

Para a verificação da ocorrência ou não da menopausa, é necessário fazer a dosagem sérica do FSH, na fase folicular que se segue à pausa de sete dias na tomada do anticoncepcional. Valores maiores que 40 mUI/ml sugerem falência ovariana, o que deve ser repetido e confirmado depois de 30 dias sem medicação, suspendendo assim o uso do método (BRASIL, 2008d).

A seguir, alguns pontos a serem considerados em relação à anticoncepção na perimenopausa:

- A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando-se os critérios de elegibilidade clínica.
- **Estimular sempre o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, por ser o único método que protege contra as DST/HIV/Aids. A camisinha pode ser usada associada a outro método anticoncepcional – dupla proteção ou isoladamente. Enfatizar a dupla proteção.**
- **O anticoncepcional hormonal combinado oral** é seguro e eficaz, quando usado correta e consistentemente. Além disso, mantém ciclos menstruais regulares, alivia a dismenorreia, tem efeito protetor sobre o endométrio e o ovário, reduz doenças benignas da mama, reduz o crescimento de miomas uterinos, menor incidência e recidiva de endometriose, evidências de ação profilática na osteoporose, entre ou-

tros benefícios não contraceptivos (BRASIL, 2008d; FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005). Devido aos riscos cardiovasculares, a primeira opção deve recair sobre pílulas combinadas de baixa dosagem, as que contêm 0,03 mg ou menos de etinilestradiol, em face da sua melhor tolerabilidade, com alta eficácia. A utilização desse método pode prosseguir até a menopausa, caso a mulher não apresente complicações ou contraindicações à medicação. **O tabagismo em mulheres acima de 35 anos constitui uma contraindicação para o uso dos anticoncepcionais hormonais combinados orais**, pois, em qualquer idade, o fumo aumenta o risco para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2008d).

- **A minipílula** tem eficácia contraceptiva inferior à dos anticoncepcionais orais combinados, porém, como a fertilidade diminui nessa faixa etária, sua segurança na perimenopausa é comparável à apresentada por usuárias mais jovens de anticoncepcionais hormonais combinados orais. Pode ser utilizada quando há contraindicação ao uso de estrogênio.
- **O injetável mensal** pode ser usado na mulher climatérica, desde que sejam observadas as suas contraindicações. Entretanto, deve-se evitar o uso de formulações com elevadas doses de estrogênio, que aumentam o risco de hiperplasia do endométrio e favorecem o aparecimento de fenômenos tromboembólicos (FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005). A primeira opção deve recair sobre os injetáveis mensais que contenham 5 mg de estrogênio.
- **O injetável trimestral** tem como vantagem poder ser usado quando for contraindicado o uso de estrógeno e também a facilidade do seu uso e sua alta eficácia. Porém apresenta grande incidência de efeitos indesejáveis, tais como: causa alterações metabólicas discretas, porém significativas, destacando-se a queda do HDL – colesterol, elevação da glicemia e do nível de insulina; aumento de peso; alterações menstruais, como amenorreia e sangramento de disrupção; depressão; diminuição da libido e, muitas vezes, diminuição da lubrificação vaginal. Além disso, a provável influência do acetato de medroxiprogesterona sobre o osso tem sido estudada, uma vez que a densidade óssea pode ser alterada pelo seu uso. Entretanto, são necessários mais estudos até que esse efeito seja totalmente esclarecido e seu risco completamente definido. Assim sendo, o injetável trimestral não constitui boa escolha para a perimenopausa, restringindo-se sua indicação quando da impossibilidade de uso de outros métodos (BRASIL, 2008d; FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005).
- **Os implantes subcutâneos** apresentam alta eficácia contraceptiva e proteção endometrial. Os efeitos colaterais como acne, mastalgia, cefaleia, aumento de peso, diminuição da libido, labilidade emocional e controle deficiente de ciclos menstruais fazem com que o método não seja bem aceito na perimenopausa, apesar da sua eficácia contraceptiva e proteção endometrial (FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005).

- **O anel vaginal**, composto de estrogênio e progesterona, envoltos por uma camada de silástico microperfurada, com liberação constante e controlada dos hormônios para a corrente sanguínea, representa alternativa de contracepção importante no climatério, em razão de sua praticidade de uso e de sua eficácia comprovada. Promove bom controle do ciclo, embora tenha dosagens baixas. Suas contraindicações são as mesmas do anticoncepcional hormonal combinado oral, por exemplo, tabagismo, cefaleia crônica, além da presença de cervicocolpites (BRASIL, 2008d; FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005).
- **O adesivo anticoncepcional transdérmico** contém dois hormônios, estrogênio e progestogênio, que são absorvidos por meio da pele. Pode ser uma escolha apropriada em casos de intolerância gástrica ou da dificuldade de uso das pílulas anticoncepcionais pela ocorrência de esquecimentos frequentes. Possui também alta eficácia, sendo claramente, opção confortável a qualquer faixa etária. O custo do produto é fator que dificulta seu uso (BRASIL, 2008d). Suas contraindicações são as mesmas do anticoncepcional hormonal combinado oral, por exemplo, tabagismo e cefaleia crônica.
- **O DIU de cobre** é um excelente método para ser usado na pré-menopausa, desde que a mulher não apresente nenhuma condição que contraindique o seu uso. Apresenta elevada eficácia, tem poucos efeitos colaterais, longa duração e ausência de efeitos metabólicos. O DIU de cobre, modelo TCu-380 A, como tem duração de uso de 10 anos, após a sua inserção, inserido aos 40 anos, pode ser removido somente depois de instalada a menopausa. É importante lembrar que o DIU não é um método indicado para mulheres com risco aumentado para DST/HIV/Aids. Entre as suas desvantagens, destacam-se a possibilidade de aumento do fluxo menstrual, a maior incidência de dismenorreia e a maior taxa de expulsão (BRASIL, 2008d; FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005).
- **O DIU com levonorgestrel** – sistema intrautrino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) – age localmente no útero, com mínima absorção sanguínea. Provoca diminuição gradativa do fluxo menstrual, podendo promover amenorreia por atrofia endometrial, embora não provoque as reações sistêmicas relacionadas à progesterona. É considerado bom método para uso no climatério, por ser um método anticoncepcional de longa duração, altamente eficaz e reversível que contribui para o controle das hipermenorragias, comuns nessa fase (BRASIL, 2008d; FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005).
- **O diafragma** é um ótimo método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas. Assim como todos os métodos de barreira, tem a vantagem de não ocasionar alterações sistêmicas. O aumento da frequência de relaxamento pélvico e de prolapso uterino, nesse grupo etário, deve ser considerado na indicação desse método.
- **Os espermaticidas** à base de nonoxinol-9 (N-9) a 2%, que são os mais amplamente utilizados, podem provocar irritação e/ou microfissuras na mucosa vaginal e cervical

quando usados várias vezes ao dia, aumentando o risco de infecção e transmissibilidade de DST/HIV. Além disso, podem agravar a colpite hipoestrogênica (atrófica), não sendo um método que deva ser incentivado para a mulher na perimenopausa (BRASIL, 2008d).

- **Os métodos comportamentais** (tabela, muco cervical, temperatura basal, sintotérmico, entre outros) são pouco recomendados para mulheres na pré-menopausa, pois a irregularidade menstrual é muito comum nessa fase.
- **A anticoncepção oral de emergência** é um método muito importante para evitar gravidez indesejada após relação sexual desprotegida. Deve ser usada somente como método de emergência, e não de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional.
- **A laqueadura tubária** está em franca decadência nos países mais desenvolvidos, devido ao planejamento reprodutivo dispor atualmente de inúmeros outros métodos reversíveis, de menor custo, menor risco e menores complicações em longo prazo. No Brasil, a esterilização feminina mantém-se como o método contraceptivo mais frequentemente utilizado (29%), seguida pela pílula (25%) (BRASIL, 2008b). Por outro lado, cada vez mais aumenta a demanda para reversão de laqueadura tubária, decorrente do arrependimento da mulher. Entretanto, o procedimento para reverter a ligadura é difícil, caro e não está acessível para a maioria das mulheres. Por essas razões, a esterilização sempre deve ser considerada como definitiva, o que enfatiza a importância de aconselhamento muito cuidadoso e completo das pessoas e/ou casais que solicitam esse método, como pré-requisito ético e legal (BRASIL, 2002c; HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001; ROSAS, 2005). É importante salientar ainda que, com o avanço da idade, os riscos relacionados à morbiletalidade são maiores e as queixas menstruais, como o aumento do volume do fluxo, algia pélvica, hipermenorreia e outras irregularidades, tendem a piorar com a laqueadura tubária. Portanto, a indicação desse método deve ser criteriosa, quando os benefícios realmente compensarem os riscos e não houver outras opções (BRASIL, 2008d).
- **A vasectomia**, ao contrário da esterilização feminina, deve ser incentivada, por se tratar de um procedimento mais fácil e seguro, em relação à laqueadura tubária. É ótima alternativa de dividir a responsabilidade sexual e reprodutiva com o parceiro. Entretanto, a reversão cirúrgica é complexa, cara e não está amplamente disponível. Por essas razões, a esterilização sempre deve ser considerada como definitiva, o que enfatiza a importância de aconselhamento muito cuidadoso e completo das pessoas e/ou casais que solicitam esse método, como pré-requisito ético e legal.

ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-PARTO E NO PÓS-ABORTO

ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-PARTO

Inicialmente, é preciso enfatizar que os profissionais de saúde devem encorajar a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses pós-parto.

A orientação para uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto deve considerar se vai ser ou não ser estabelecida a amamentação exclusiva com leite materno, pois alguns métodos anticoncepcionais interferem na amamentação.

Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorreia, está associada à diminuição da fertilidade. Porém esse efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e também quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê – o que ocorrer primeiro. O efeito inibidor da fertilidade, que o aleitamento exclusivo com amenorreia tem, pode ser utilizado como método comportamental de anticoncepção – **LAM** (método da lactação e amenorreia) (BRASIL, 2002c).

A mulher disposta a realizar amamentação exclusiva pode optar pelo LAM isoladamente como método anticoncepcional, ou pela associação do LAM com algum outro método anticoncepcional que não interfira na amamentação.

O método da lactação e amenorreia (LAM) impõe três condições. Todas as três devem ser cumpridas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007):

- Que a menstruação da mãe não tenha retornado.
- Que o bebê esteja sendo alimentado no peito de forma integral e que seja amamentado com frequência, dia e noite.
- Que o bebê tenha menos de seis meses de idade.

Quando o efeito inibidor da fertilidade produzido pelo LAM deixa de ser eficiente (quando a mulher volta a menstruar, quando o bebê começa a receber outros alimentos, além do leite materno, e também quando completar seis meses) ou quando a mulher deseja utilizar outro método anticoncepcional associado ao LAM, é preciso escolher um método anticoncepcional que não interfira na amamentação. Nesses casos, deve-se primeiro considerar os métodos não hormonais, como o DIU e os métodos de barreira.

Dessa forma, para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, deve-se considerar:

- O tempo pós-parto.
- Se vai ser adotada ou não a amamentação.
- O padrão da amamentação.

- O retorno ou não da menstruação.
- Os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente.

Outros pontos a serem considerados em relação à anticoncepção no pós-parto são:

- A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando-se os critérios de elegibilidade clínica.
- **Estimular sempre o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, por ser o único método que protege contra as DST/HIV/Aids. A camisinha pode ser usada associada a outro método anticoncepcional – dupla proteção ou isoladamente. Enfatizar a dupla proteção.**
- **A minipílula**, que contém apenas progestogênio, em baixa dosagem, pode ser utilizada pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após seis semanas do parto. Há preocupações teóricas sobre a exposição do neonato a hormônios esteroidais nas primeiras seis semanas de vida (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005).
- **O injetável trimestral** pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após seis semanas do parto. Há preocupações teóricas sobre a exposição do neonato a hormônios esteroidais nas primeiras seis semanas de vida (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005).
- **Os anticoncepcionais hormonais combinados**, que contêm estrogênio e progesterona (**pílulas combinadas e injetável mensal**), não devem ser usados em lactantes, pois interferem na qualidade e na quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005).
- **O DIU** é um bom método para ser utilizado pela mulher que está amamentando. Pode ser inserido imediatamente após o parto, ou a partir de quatro semanas pós-parto, sem que seja necessário esperar pelo retorno da menstruação. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até três meses após a cura, e para mulheres com risco aumentado para DST/HIV.
- **O diafragma** é um bom método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas, mas é preciso repetir a medida do diafragma após cada parto.
- **Os métodos comportamentais** (tabela, muco cervical, temperatura basal, entre outros) só poderão ser usados após o estabelecimento de ciclos menstruais regulares.
- Com relação à **laqueadura tubária**, a legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. Essa restrição visa à redução da incidência de cesárea para procedimento de laqueadura, levando-se em consideração que o parto cesariano, sem indicação clínica, constitui-se em risco inaceitável à saúde da mulher e do recém-nascido.

ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-ABORTO

Ao se realizar o planejamento reprodutivo pós-abortamento, pode-se estar em uma situação de abortamento provocad o ou de abortamento espontâneo.

Em geral, a mulher que teve uma gestação interrompida por decisão pessoal não deseja uma gravidez logo em seguida.

No entanto, toda mulher que ingressa no hospital em abortamento deve ser acolhida e receber orientação em planejamento reprodutivo. As orientações devem começar por informar que a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata após o abortamento e que, portanto, se for o desejo da mulher, a anticoncepção deve ser iniciada também de imediato, ainda que relate não desejar, tão logo, ter relações sexuais. A experiência mostra que a possibilidade do abortamento se repetir é maior justamente entre as que acham que não estarão expostas à gravidez nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente. Esse maior risco deve ser comunicado às mulheres atendidas por abortamento para motivá-las a se proteger contra a gravidez não desejada (BRASIL, 2005b).

Devem ser oferecidas informações sobre todos os métodos disponíveis e aceitos no Brasil, inclusive sobre a eficácia de cada método para evitar a gravidez. É importante informar também sobre a anticoncepção oral de emergência.

Idealmente, métodos anticoncepcionais deveriam estar disponíveis no hospital onde se atende à mulher em abortamento, dando oportunidade às mulheres que optarem por anticoncepção de iniciar o uso de método anticoncepcional antes de receber alta. Reitera-se que pode engravidar caso reinicie sua vida sexual no primeiro mês pós-abortamento e não esteja protegida por algum método anticoncepcional (BRASIL, 2005b).

Apesar de ser difícil distinguir se um abortamento é espontâneo ou provocado, sempre há de se considerar que a mulher tem direito à opção de engravidar algum tempo após o abortamento. Por essa razão, é necessário que também receba orientação sobre o planejamento de nova gravidez.

A completa recuperação da mulher após um abortamento é relativamente rápida, sendo mais demorada se ocorreu no 2º trimestre da gestação. O retorno das relações sexuais, pós-abortamento não complicado, pode ocorrer tão logo a mulher deseje, portanto, ela deve ser orientada a usar durante três meses um método contraceptivo, que tenha uma recuperação rápida da fertilidade após sua interrupção, para iniciar uma próxima gravidez em melhores condições físicas e emocionais (BRASIL, 2005b).

Pontos a serem considerados em relação à anticoncepção no pós-aborto:

- A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando-se os critérios de elegibilidade clínica.

- Estimular sempre o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, por ser o único método que protege contra as DST/HIV/Aids. A camisinha pode ser usada associada a outro método anticoncepcional ou isoladamente.
- Os anticoncepcionais hormonais (pílulas, injetáveis, entre outros) podem ser iniciados imediatamente após o aborto. Podem ser administrados entre o dia do esvaziamento e o 5º dia pós-abortamento.
- O DIU pode ser inserido imediatamente após aborto espontâneo ou induzido, em mulheres sem nenhum sinal ou suspeita de infecção. No abortamento que ocorreu no 2º trimestre da gestação, há preocupação pelo risco maior de expulsão. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com septicemia, até três meses após a cura, e para mulheres com risco aumentado para DST/HIV.
- O diafragma é um bom método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas, mas é preciso repetir a medida do diafragma após abortamento.
- Os métodos comportamentais (tabela, muco cervical, temperatura basal, entre outros) só poderão ser usados após o estabelecimento de ciclos menstruais regulares.
- Com relação à laqueadura tubária, a legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

ANTICONCEPÇÃO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

A orientação em planejamento reprodutivo para pessoas vivendo com o HIV/Aids deve acontecer num contexto de respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos dessas pessoas e a escolha deve ser livre e informada.

Além disso, essa orientação deve ser sempre acompanhada de informações adequadas sobre a dupla proteção, que é dada pelo uso combinado da camisinha masculina ou feminina com outro método anticoncepcional, com a finalidade de promover, ao mesmo tempo, a prevenção de gravidez e a prevenção da transmissão do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis.

As pessoas que vivem com HIV/Aids não precisam deixar de amar e de se relacionar sexualmente. A relação é de responsabilidade de ambos(as) os(as) parceiros(as), no que se refere à prevenção e transmissão do HIV e das demais DST.

Viver a soropositividade de forma integral e com qualidade de vida tem sido uma conquista conjunta da mobilização das pessoas vivendo com HIV/Aids e de muitos profissionais de saúde dedicados aos direitos humanos e à saúde. A reflexão sobre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos do portador do HIV, ou mesmo a disposição e capacitação de profissionais de saúde para promover a saúde sexual e a saúde reprodu-

tiva de portadores do HIV/Aids, que se pressupõe indissociável da discussão de direitos, precisa ser discutida nos serviços de saúde (PAIVA et al., 2003).

Tanto para as mulheres quanto para os homens que vivem com HIV há o risco de nova infecção quando se expõem novamente ao vírus, podendo se infectar com cepas distintas do HIV, por isso é fundamental continuar se prevenindo e usando camisinha, mesmo em caso de casais soroconcordantes (ambos portadores do HIV).

É provável que a maioria das mulheres que contraiu o vírus tenha se infectado em relações sexuais sem proteção (Unaids, 2006). Esse dado reforça a importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais, inclusive para pessoas que vivem com HIV/Aids.

No início da epidemia de Aids, o risco de transmissão vertical do HIV elevado impediu que profissionais de saúde e a sociedade aceitassem o direito reprodutivo das mulheres infectadas pelo HIV. Sabe-se que a maternidade é uma experiência importante do ponto de vista social e psicológico para a maioria das mulheres (FERNANDEZ, 1994; SZEJER; STEWART, 1997) e que o desejo reprodutivo das mulheres HIV-positivas foi desvalorizado e reprimido no contexto dessa epidemia (ROSSI, 2003).

Entretanto, muitas mudanças ocorreram desde a descoberta do vírus HIV até agora e entre elas a diminuição significativa do risco de transmissão vertical (ROSSI, 2003). A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5%. No entanto, diversos estudos publicados na literatura médica demonstram a redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre zero e 2%, por meio de intervenções preventivas, tais como: o uso de antirretrovirais (ARV) combinados na gestação, o parto por cirurgia cesariana eletiva, o uso de quimioprofilaxia com o AZT na parturiente e no recém-nascido, e a não amamentação (BRASIL, 2006e).

Os avanços verificados, principalmente em relação ao tratamento, têm possibilitado a diminuição da mortalidade, da morbidade, a redução da taxa de transmissão vertical e a melhoria da qualidade e perspectiva de vida das pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana. A vontade de ter filhos está surgindo como uma escolha legítima, exigindo preparo das equipes de saúde para o aconselhamento reprodutivo voltado às pessoas que vivem com o HIV (ROSSI, 2003).

Segundo dados do relatório do VI Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, realizado em 2006, de acordo com estudos apresentados, ainda é preocupante o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com o desejo da mulher soropositiva em engravidar. Por sua vez, há medo acentuado das gestantes soropositivas sobre a reação dos profissionais, aumentando a angústia, ansiedade e a própria culpa de terem engravidado e saberem do risco de transmissão do vírus, o que evidencia mais ainda o despreparo dos profissionais da assistência.

Diante desse cenário, faz-se necessário incrementar discussão sobre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos e as questões de gênero e que a divulgação de informações sobre a transmissão vertical seja mais aprimorada, como acontece com as medidas de prevenção.

É imprescindível também que se implementem estratégias de assistência para diminuir os riscos da transmissão vertical, nos casos de mulheres soropositivas para o HIV, privilegiando práticas de aconselhamento e planejamento reprodutivo.

Entre as inúmeras orientações a respeito da infecção pelo HIV dadas pela equipe de saúde, deve-se incluir o aconselhamento reprodutivo. Cabe ao profissional de saúde discutir e oferecer reflexão, em parceria com a mulher HIV+, a respeito da sua condição clínica e de tratamento, meios de transmissão da doença (inclusive a transmissão vertical), explorando também sua expectativa e interesse de engravidar e as condições psicológicas e socioeconômicas da mulher (KASS, 1994; ANDERSON, 2000).

O respeito a uma decisão informada faz parte dessa nova realidade. Não se pode encarar da mesma forma uma mulher que faz uso das medicações antirretrovirais adequadamente, que tem sua carga viral sob controle e sistema imune razoavelmente preservado, com outra que manifesta complicações clínicas graves e não responde mais às terapias antirretrovirais. Faz-se necessário que os profissionais de saúde, ao realizarem o aconselhamento reprodutivo, levem em consideração a vida da mulher que vive com HIV como um todo, e não apenas a doença como uma entidade única (MINKHOFF; SANTORO, 2000; WESLEY et al., 2000; ROSSI, 2003).

O aconselhamento reprodutivo deve levar em consideração o melhor momento clínico da pessoa infectada para uma gravidez, preferencialmente aquele em que a carga viral de HIV circulante esteja indetectável e a pessoa esteja com boa condição de imunidade (recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+). É importante o encaminhamento para o serviço de atenção especializada (SAE) e, dessa forma, a pessoa será acompanhada conjuntamente pelo SAE e pela equipe da Atenção Básica.

Com relação à anticoncepção, existem muitos métodos anticoncepcionais que são efetivos para prevenir a gravidez, mas não previnem a infecção ou (re)infecção pelo HIV e outras DST.

A seguir, alguns pontos a serem considerados em relação à anticoncepção para pessoas vivendo com HIV/Aids:

- A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando-se os critérios de elegibilidade clínica.
- **Estimular sempre o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, por ser o único método que protege contra as DST/HIV/Aids. A**

camisinha pode ser usada associada a outro método anticoncepcional ou isoladamente. É importante o uso do preservativo tanto para casais soroconcordantes (quando ambos os parceiros estão infectados pelo HIV), quanto para casais sorodiscordantes (em que apenas um dos parceiros está infectado pelo HIV).

- Estimular a adoção da dupla proteção, uso combinado da camisinha masculina ou feminina com outro método anticoncepcional, com vistas à prevenção simultânea da gravidez indesejada e da transmissão das DST/HIV/Aids.
- Com relação aos **anticoncepcionais hormonais**, as mulheres com HIV, com Aids, em uso ou não de terapia antirretroviral (ARV), podem usar os anticoncepcionais hormonais. É importante observar que os medicamentos antirretrovirais (ARV) tanto podem diminuir quanto aumentar a biodisponibilidade dos hormônios esteroides dos anticoncepcionais hormonais. Os dados disponíveis são limitados e algumas informações sugerem que as potenciais interações medicamentosas entre muitos ARV, particularmente alguns inibidores de transcriptase reversa não nucleosídio (ITRNN) e inibidores de protease (IP) e os anticoncepcionais hormonais, podem alterar a segurança e eficácia tanto dos anticoncepcionais hormonais quanto dos ARV. Caso uma mulher esteja tomando terapia antirretroviral, a condição de Aids com terapia ARV está classificada na Categoria 2 dos critérios médicos de elegibilidade para métodos anticoncepcionais da OMS (na Categoria 2, estão enquadradas situações nas quais as vantagens de usar o método geralmente superam os riscos comprovados ou teóricos que seu uso poderia acarretar). Sugere-se ainda que, em caso de opção por um anticoncepcional oral combinado, deve-se usar formulação que contenha um mínimo de 0,03 mg de etinilestradiol (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004, 2008; AMARAL; VISCOLA; BAHAMONDES, 2006).
- **O DIU de cobre**, no que se refere aos critérios médicos de elegibilidade para métodos anticoncepcionais da OMS, a Aids enquanto condição é classificada como Categoria 3 (os riscos comprovados e teóricos decorrentes do uso do método, em geral, superam os benefícios do uso do método) para inserção e Categoria 2 para continuação de uso a menos que a mulher esteja clinicamente bem em terapia ARV. Nesse caso, tanto a inserção quanto a continuação de uso são classificadas como Categoria 2. Não há interação medicamentosa conhecida entre a terapia ARV e o uso de DIU (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004, 2008). Pode-se colocar a questão do uso do DIU da seguinte forma: se a mulher é portadora do HIV, pode colocar um DIU. Uma mulher com Aids não deve colocar um DIU a menos que esteja clinicamente bem ou em terapia ARV. Uma mulher que desenvolva Aids quando estiver usando DIU pode continuar a usá-lo com segurança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).
- **O diafragma** é um ótimo método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas. Assim como todos os métodos de barreira, tem a vantagem de não ocasionar

alterações sistêmicas. **Entretanto, o diafragma não protege contra a transmissão das DST/HIV, daí ser imprescindível associar o seu uso com o uso adequado e consistente do preservativo masculino**. Em mulheres HIV-positivas, não deve ser utilizado associado ao espermaticida.

- **Os espermaticidas** à base de nonoxinol-9 (N-9) a 2% não devem ser usados por mulheres HIV-positivas ou por parceiras de homens HIV-positivos, porque podem provocar irritação e/ou microfissuras na mucosa vaginal e cervical quando usados várias vezes ao dia, aumentando o risco de infecção e transmissibilidade de DST/HIV.

- **Os métodos comportamentais** (tabela, muco cervical, temperatura basal, sinto-térmico, entre outros) não protegem contra a transmissão do HIV e outras DST, devendo a usuária do método ser sempre orientada para o uso adequado e consistente do preservativo, masculino ou feminino, fazendo abstinência de relações sexuais vaginais no período fértil.

- **A anticoncepção oral de emergência** é um método muito importante para evitar gravidez indesejada após relação sexual desprotegida. Deve ser usada somente como método de emergência, e não de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional.

- **A laqueadura tubária** não confere proteção à transmissão do HIV e outras DST, devendo, nessa condição, a mulher ser orientada para o uso adequado e consistente do preservativo, masculino ou feminino. Para escolher a laqueadura tubária como método anticoncepcional, é preciso que a mulher esteja realmente segura de que não deseja mais ter filhos, pois este é um método considerado permanente ou irreversível.

- **A vasectomia** é um procedimento mais fácil e seguro, em relação à laqueadura tubária. É ótima alternativa de dividir a responsabilidade sexual e reprodutiva com o parceiro. Não confere proteção à transmissão do HIV e outras DST, devendo, nessa condição, o homem ser orientado para o uso adequado e consistente do preservativo masculino. Para escolher a vasectomia como método anticoncepcional, é preciso que o homem esteja realmente seguro de que não deseja mais ter filhos, pois este é um método considerado permanente ou irreversível.

CAPÍTULO 11

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

INTRODUÇÃO

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece em seu art. 2º:

> Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.
>
> Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico (BRASIL, 1996).

Determina a mesma Lei, em seu art. 9º, que:

> Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996).

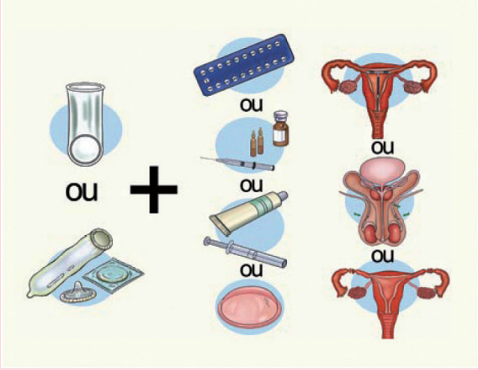
Portanto, as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, têm a obrigação de garantir a atenção integral à saúde, que inclua a assistência à concepção e à contracepção, num contexto de respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

No que se refere particularmente à atenção em **anticoncepção**, esta pressupõe a **oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais**, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada.

Na atenção em anticoncepção, é muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida.

Diante do fenômeno de feminização, juvenização e pauperização da epidemia de Aids, o planejamento reprodutivo deve ser trabalhado juntamente com a prevenção das DST/HIV/Aids.

Em meio a uma realidade global de índices elevados de doenças transmissíveis por via sexual, torna-se imprescindível a abordagem da prevenção das DST/HIV/Aids, dando-se **ênfase à dupla proteção**, que é dada pelo uso combinado do preservativo masculino ou feminino com algum outro método anticoncepcional, tendo como finalidade promover, ao mesmo tempo, a prevenção da gravidez e a prevenção da infecção pelo HIV/Aids e por outras DST.



Os serviços e profissionais de saúde devem incentivar a adoção da dupla proteção, de modo a garantir a prevenção das DST/HIV/Aids e da gravidez não planejada e/ou indesejada.

No que concerne aos métodos anticoncepcionais, segundo Aldrighi, Sauerbronn e Petta (2005a), podem ser classificados da seguinte forma:

Temporários (reversíveis)

a. Hormonais

- **Orais**
  - Combinados
  - Monofásicos
  - Bifásicos
  - Trifásicos
  - Minipílulas
- **Injetáveis**
  - Mensais
  - Trimestrais
- **Implantes subcutâneos**
- **Percutâneos**
  - Adesivos
- **Vaginais**
  - Comprimidos
  - Anel
- **Sistema liberador de levonorgestrel (SIU)**

b. Barreira

- **Feminino**
  - Diafragma
  - Espermaticida
  - Esponjas
  - Capuz cervical
  - Preservativo feminino
- **Masculino**
  - Preservativo masculino

c. Intrauterinos

- **Medicados**
  - DIU de cobre
  - Diu com levonorgestrel
- **Não medicados**

d. Comportamentais ou naturais

Tabela ou calendário (Ogino-Knaus)
Curva térmica basal ou de temperatura
Sintotérmico
Billings (mucocervical)
Coito interrompido

e. Duchas vaginais

Definitivos (esterilização)

- Feminino (ligadura tubária)
- Masculino (vasectomia)

Os métodos anticoncepcionais reversíveis adquiridos atualmente pelo Ministério da Saúde para serem oferecidos à rede de serviços do SUS são:

- Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg).
- Minipílula (noretisterona 0,35 mg).
- Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg).
- Injetável mensal (enantato de norestisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg).
- Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg).

- Preservativo masculino.
- Diafragma.
- DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre).

Algumas secretarias estaduais e municipais de saúde também fazem aquisições de métodos anticoncepcionais e complementam o que é distribuído pelo Ministério da Saúde.

ESCOLHENDO O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

A orientação é essencial antes de escolher um método anticoncepcional. No processo de escolha, devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:

A. A preferência da mulher, do homem ou do casal

É fundamental discutir o conceito de escolha livre e informada. Embora o orientador deva estar disposto a aceitar a preferência da usuária(o) por um determinado método, é importante certificar-se de que essa decisão está sendo tomada com base em informações corretas, atualizadas e completas (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

É comum observar-se nos serviços de saúde a conduta simplista de oferecer liberdade de escolha não informada. Essa conduta consiste, basicamente, em iniciar a orientação perguntando em que método a pessoa está pensando ou considerando como preferencial, dar uma informação muito superficial sobre todos os métodos, sem conferir se a pessoa conhece as características de cada um. Essa conduta oferece livre escolha, mas não se trata de uma escolha livre e informada (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

B. Características dos métodos

B.1 Eficácia

Não existe método 100% eficaz. Todos os métodos anticoncepcionais apresentam taxa de falha, que é calculada com o número de gestações não desejadas entre os usuários(as) de determinado método anticoncepcional, nos primeiros 12 meses de uso. Dessa forma, duas taxas podem ser encontradas para cada método: uma mostra a taxa de falha entre os usuários(as) de uma forma geral de uso, isto é, sem considerar todas as dificuldades que possam ter sido encontradas durante o uso – **eficácia no uso rotineiro ou uso típico**. Outra taxa é aquela que leva em conta apenas os usuários que fizeram o uso correto e consistente do método escolhido – **eficácia em uso correto e consistente.** A seguir, na Tabela 2, taxa de falha de anticoncepcionais, de acordo com o manual Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).

Tabela 2: Taxa de falha de anticoncepcionais (número de gravidez por cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso).

Método anticoncepcional	Em uso consistente e correto	Uso típico (rotineiro)
Implantes	0,05	0,05
Vasectomia	0,1	0,15
Esterilização feminina	0,5	0,5
DIU com cobre	0,6	0,8
DIU com levonorgestrel	0,2	0,2
Injetáveis mensais	0,05	3
Injetáveis só de progestogênio	0,3	3
Anticoncepcionais orais combinados	0,3	8
Pílulas orais só de progestogênio	0,3	8
Adesivo combinado	0,3	8
Anel vaginal combinado	0,3	8
Preservativos masculinos	2	15
Diafragmas com espermicida	6	16
Preservativos femininos	5	21
Espermicidas	18	29
Nenhum método	85	85

B.2 Efeitos secundários

A inocuidade, ou seja, a ausência de quaisquer efeitos secundários adversos seria condição ideal, ainda não conseguida na maioria dos métodos anticoncepcionais até os dias atuais. Todo método tem vantagens e desvantagens. Por outro lado, é também verdade que alguns ocasionam mais efeitos secundários adversos que outros, sendo direito da(o) usuária(o) ser corretamente informada(o) a respeito dessas diferenças.

Além disso, o profissional de saúde deve estar capacitado para prevenir e tratar tais efeitos, assim como avaliar os riscos que o uso de determinados métodos possa acarretar à saúde.

B.3 Aceitabilidade

A aceitação do método, o grau de confiança que nele se tem, a motivação para seu uso e a correta orientação do profissional de saúde são importantes fatores para o sucesso

do método escolhido. Por outro lado, a inadaptação psicológica e cultural a determinado método pode ser a maior causa de seu fracasso ou de mudança para outro método.

B.4 Disponibilidade

O acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais é condição fundamental para que a escolha se realize livremente, sem restrições. Isso é particularmente importante considerando-se que grande parte da população não tem condição de pagar pelo método. Assim, nas situações em que a oferta de determinado método não seja possível, é da maior importância considerar o seu custo, avaliando-se a possibilidade da(o) usuária(o) arcar com ele.

B.5 Facilidade de uso

De nada adiantará a indicação de um método que tenha todas as qualidades anteriormente descritas se sua utilização for difícil, complexa ou de difícil assimilação para a pessoa. No entanto, é igualmente verdade que a maior parte das dificuldades relacionadas ao uso do método pode ser resolvida com o adequado suporte do profissional de saúde.

B.6 Reversibilidade

Existem métodos considerados reversíveis, que são aqueles em que a pessoa, após parar de usá-los, recupera a fertilidade. Existem métodos considerados irreversíveis, como os métodos cirúrgicos (laqueadura tubária e vasectomia), porque após utilizá-los é muito difícil a pessoa recuperar a capacidade reprodutiva.

O ideal é que os métodos anticoncepcionais sejam completa e imediatamente reversíveis e que, uma vez interrompido seu uso, haja recuperação total da fertilidade, correspondente à faixa etária da(o) usuária(o).

PROTEÇÃO CONTRA DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) E INFECÇÃO PELO HIV

A ocorrência das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV traz consequências para o exercício da sexualidade e da reprodução e produz série de desafios e desdobramentos para a área da saúde reprodutiva e sexual. Dessa forma, é fundamental estimular a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das DST/HIV/Aids e da gravidez indesejada. Isso pode ser obtido pelo uso combinado do preservativo masculino ou feminino com outro método anticoncepcional.

Nesse sentido, os profissionais de saúde devem conversar com o indivíduo ou o casal sobre DST/HIV/Aids, propiciando assim percepção a respeito de situações de ris-

co para essas infecções e reflexão sobre a necessidade de sua prevenção, favorecendo a adesão ao uso do preservativo.

Considerando o fato de existirem os recursos disponíveis para tratamento ou controle de DST e Aids, o diagnóstico para essas infecções deve ser oportunizado e garantido também nos serviços de planejamento reprodutivo.

C. Fatores individuais e contexto de vida relacionados aos usuários(as) que devem ser considerados no momento da escolha do método.

C.1 Condições econômicas.

C.2 Estado de saúde.

C.3 Características da personalidade da mulher e/ou do homem.

C.4 Fase da vida.

C.5 Padrão de comportamento sexual.

C.6 Aspirações reprodutivas.

C.7 Fatores culturais e religiosos.

C.8 Outros fatores, como medo, dúvidas e vergonha.

CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das(os) usuárias(os) de métodos anticoncepcionais.

O reconhecimento da necessidade de ter normas claras de elegibilidade, para melhorar a qualidade da atenção em anticoncepção, motivou a OMS a constituir um Comitê Consultivo formado por cientistas e provedores de serviços de planejamento familiar com grande experiência na área para definir critérios de elegibilidade baseados em evidências científicas (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

Como resultado do trabalho do Comitê Consultivo, foi publicado, em 1996, o primeiro documento – Aprimorando o acesso e a qualidade de atenção em planejamento familiar: critérios médicos de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais.

Em 1999, a OMS decidiu solicitar ao mesmo grupo consultivo a revisão do documento de 1996. O grupo revisou as publicações até março de 2000 e discutiu as modificações que deveriam ser feitas no documento numa reunião realizada em Genebra, em março de 2000 (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005). Dessa atualização, surgiu a segunda edição, em 2000, do documento Aprimorando o acesso e a qualidade de atenção em planejamento familiar: critérios médicos de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais.

Em 2003, a OMS realizou nova reunião do grupo de trabalho, que contou com a participação de 36 especialistas de 18 países, resultando desse trabalho de revisão a terceira edição do documento referido acima, que foi publicada em 2004.

Em abril de 2008, a OMS organizou mais uma reunião do grupo de trabalho, que contou com a participação de 43 especialistas de 23 países, que resultou na publicação do documento *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos: atualización 2008*.

Os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais não devem ser considerados norma estrita, mas sim recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consistem em uma lista de condições das(os) usuárias(os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classificam em quatro categorias, conforme descrito a seguir:

- **Categoria 1:** o método pode ser usado sem restrições.
- **Categoria 2:** o método pode ser usado com restrições. As condições listadas na Categoria 2 significam que o método em questão pode ser utilizado com alguma precaução. São situações nas quais as vantagens de usá-lo geralmente superam os riscos comprovados ou teóricos que seu uso poderia acarretar. As condições da Categoria 2 fazem com que o método não seja a primeira escolha e, se usado, um acompanhamento mais cuidadoso faz-se necessário.
- **Categoria 3:** os riscos comprovados e teóricos decorrentes do uso do método, em geral, superam os benefícios. Quando há condição da Categoria 3 para um método, este deve ser o de última escolha e, caso seja escolhido, é necessário acompanhamento rigoroso da(o) usuária(o).
- **Categoria 4:** o método não deve ser usado, pois apresenta risco inaceitável.

Considerando que as situações que se enquadram na Categoria 3 exigem acompanhamento rigoroso, recomenda-se, nesta publicação, adaptar a classificação da OMS supramencionada, de modo a englobar as Categorias 3 e 4 como a categoria em que o método não deve ser usado.

MÉTODOS HORMONAIS

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL

Os anticoncepcionais hormonais orais, também chamados de pílulas anticoncepcionais, são esteroides utilizados isoladamente ou em associação, com a finalidade básica de impedir a concepção. Entretanto, atualmente, seu emprego clínico transcende a indicação exclusiva como método contraceptivo.

Os anticoncepcionais hormonais orais classificam-se em:

- **Combinados:** monofásicos, bifásicos e trifásicos.

- **Apenas com progestogênio ou minipílulas:** acetato de noretisterona, levonorgestrel e desogestrel.

A primeira pílula anticoncepcional foi comercializada em 1960, nos Estados Unidos, com o nome de Enovid®. Somente após um ano do lançamento foram relatados os primeiros e mais sérios efeitos colaterais relacionados às altas doses do componente estrogênico. Desde então, os pesquisadores vêm se dedicando à investigação de novas formulações, com doses mais baixas, e à síntese de novos esteroides, com perfil bioquímico cada vez mais seguro. Essas formulações iniciais, com altas doses de estrogênio (75 a 150 mcg do componente estrogênio), constituíram as pílulas de primeira geração (ALDRIGHI; SAUERBRONN; PETTA, 2005b).

Em seguida, surgiram os contraceptivos hormonais orais de segunda geração, com 50 mcg do componente estrogênico, que, anos mais tarde, reduziriam em 25% a ocorrência de trombose venosa (ALDRIGHI; SAUERBRONN; PETTA, 2005b).

Na década de 1970, reduziu-se ainda mais o teor do componente estrogênico, alcançando 30 mcg. Isso foi possível graças à associação com um novo progestógeno recém-sintetizado na época, o levonorgestrel. Surgiram, então, as pílulas de terceira geração, também denominadas de baixa dosagem (ALDRIGHI; SAUERBRONN; PETTA, 2005b).

Enquanto o estrogênio das pílulas foi responsabilizado pelas complicações venosas, os progestógenos se associaram às complicações arteriais. Dependendo do tipo e da dose, alteram o metabolismo lipoprotéico, podem reduzir o HDL-colesterol e, assim, acelerar o processo de aterogênese. Foram então sintetizados novos progestógenos, com perfil metabólico mais próximo à progesterona natural, que exercem menor impacto sobre o metabolismo lipídico e dos carboidratos, tais como o gestodene, desogestrel e norgestimate (ALDRIGHI; SAUERBRONN; PETTA, 2005b).

A elevada atividade progestacional desses progestógenos permitiu reduzir ainda mais a dose dos esteroides nas formulações contraceptivas; por isso, foram lançadas pílulas com 20 mcg de etinilestradiol e 75 mcg de gestodene e, mais recentemente, com 15 mcg de etinilestradiol e 60 mcg de gestodene. Apesar de a expressiva diminuição da dose dos esteroides, conseguiu-se manter adequada inibição do eixo neuroendócrino e reduzir o risco metabólico. Entretanto, a ocorrência de sangramentos intermenstruais aumentou, o que muitas vezes contribui para a descontinuidade no uso do método (ALDRIGHI; SAUERBRONN; PETTA, 2005b).

Deve-se ter como critério, na prescrição de métodos hormonais, adotar, como primeira escolha, a utilização de formulações com baixas doses hormonais. No caso da pílula combinada, formulações que contenham 30 mcg ou menos de etinilestradiol.

ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS ORAIS COMBINADOS

Os anticoncepcionais orais combinados contêm dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestogênio, semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher. São mais conhecidos como pílula. No Brasil, a pílula é o método anticoncepcional reversível mais utilizado. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006 – PNDS/2006, apontou que, para o total de mulheres entrevistadas vivendo em alguma forma de união, de 15 a 49 anos, 25% utilizam a pílula como método anticoncepcional, que fica dessa forma em segundo lugar na preferência das mulheres, sendo o primeiro lugar ocupado pela esterilização feminina, 29% (BRASIL, 2008).

Tipos

As pílulas combinadas dividem-se em monofásicas, bifásicas e trifásicas.

Nas **monofásicas**, que são as mais comuns, a dose dos esteroides é a mesma nos 21 ou 22 comprimidos ativos da cartela. A apresentação pode ser em cartelas com 21 ou 22 comprimidos ativos ou em cartelas com 28 comprimidos, sendo 21 ou 22 comprimidos ativos, que contêm hormônios, seguidos de 6 ou 7 comprimidos de placebo, de cor diferente, que não contêm hormônios.

As pílulas combinadas **bifásicas** contêm dois tipos de comprimidos ativos, de diferentes cores, com os mesmos hormônios, mas em proporções diferentes. Devem ser tomadas na ordem indicada na embalagem.

As pílulas combinadas **trifásicas** contêm três tipos de comprimidos ativos, de diferentes cores, com os mesmos hormônios, mas em proporções diferentes. Devem ser tomadas na ordem indicada na embalagem.

Dependendo da quantidade de etinilestradiol, classificam-se em pílulas combinadas de baixa dosagem as que contêm 30 microgramas (0,03 mg) ou menos de etinilestradiol, e pílulas de média dosagem as que contêm 50 microgramas (0,05 mg) de etinilestradiol.

É recomendável como primeira opção o uso de pílulas combinadas de baixa dosagem.

Mecanismo de ação

Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, dificultando a passagem dos espermatozoides. Provocam ainda alterações nas características físico-químicas do endométrio, mantendo-o fora das condições para a implantação do blastócito, e interferem na motilidade e na qualidade da secreção glandular tubária.

Eficácia

A eficácia das pílulas anticoncepcionais relaciona-se diretamente à sua forma de administração, ou seja, esquecimento na ingestão de comprimidos e irregularidades na posologia podem interferir. A orientação adequada é fundamental para que as mulheres usem a pílula corretamente.

São muito eficazes quando usadas correta e consistentemente, podendo a sua taxa de falha ser da ordem de 0,1%, ou seja, uma mulher grávida em cada 1.000 mulheres no primeiro ano de uso. Em uso típico ou habitual ou rotineiro, a sua taxa de falha é em torno de 6 a 8%, ou seja, seis a oito gravidezes por 100 mulheres no primeiro ano de uso.

Prazo de validade

De dois a três anos, variando de acordo com o fabricante. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem e também na cartela. O profissional de saúde, ao fornecê-las, deve entregar primeiro aquelas mais próximas do prazo de vencimento.

Efeitos secundários

Os principais efeitos secundários que podem estar relacionados com o uso da pílula são:

- Alterações de humor, como depressão e menor interesse sexual, que são pouco comuns.
- Náuseas, vômitos e mal-estar gástrico (mais comum nos três primeiros meses).
- Cefaleia leve.
- Leve ganho de peso.
- Nervosismo.
- Acne (pode melhorar ou piorar, mas geralmente melhora).
- Tonteira.
- Mastalgia.
- Alterações do ciclo menstrual: manchas ou sangramentos nos intervalos entre as menstruações, especialmente quando a mulher se esquece de tomar a pílula ou toma tardiamente (mais comum nos três primeiros meses), e amenorreia.
- Cloasma.

Outras alterações físicas possíveis:

- A pressão arterial aumenta alguns pontos (mm Hg). Quando o aumento se deve aos anticoncepcionais orais combinados, a pressão arterial cai rapidamente após a interrupção do uso deles.

Complicações

- Acidente vascular cerebral.
- Infarto do miocárdio.
- Trombose venosa profunda.

Todas essas complicações acontecem com maior frequência em fumantes de qualquer faixa etária.

Riscos

- Não são recomendados para lactantes, pois afetam a qualidade e quantidade do leite.
- Muito raramente, podem causar acidentes vasculares, tromboses venosas profundas ou infarto do miocárdio, sendo que o risco é maior entre fumantes (mais de 15 cigarros/dia) com 35 anos ou mais.
- Podem aumentar o risco para tumores de fígado, sendo extremamente raros os tumores malignos.
- De acordo com a informação atualmente disponível, a pílula não aumenta o risco para câncer de colo uterino e de mama, porém novos estudos são necessários para se obter conclusões mais precisas. Além disso, existem ainda dúvidas sobre a possível aceleração da evolução de cânceres preexistentes com o uso da pílula.

Pontos-chave

- Proporcionam ciclos menstruais regulares, com sangramento durante menos tempo e em menor quantidade.
- Diminuem a frequência e a intensidade das cólicas menstruais (dismenorreias) e dos ciclos hipermenorrágicos.
- Diminuem a incidência de gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica (DIP), câncer de endométrio, câncer de ovário, cistos funcionais de ovário, doença benigna da mama e miomas uterinos.
- Muito eficazes quando em uso correto.
- Não há necessidade de pausas para “descanso”.
- Podem ser usadas desde a adolescência até a menopausa.

- A fertilidade retorna logo após a interrupção de seu uso.
- Não previnem contra DST/HIV/Aids.

A escolha da pílula

Preferencialmente, deve-se sempre optar por pílulas combinadas de baixa dosagem.

Nos casos em que existirem manifestações androgênicas, como hirsutismo e acne, preconizam-se pílulas contendo progestógenos com atividade antiandrogênica – gestodene, acetato de ciproterona, acetato de clormadinona e a drospirenona.

Relatos prévios de sangramentos persistentes com contraceptivos hormonais orais combinados, de baixa dosagem, podem sinalizar a escolha de outra pílula com dose mais alta.

No caso de mulheres que engravidaram usando pílulas de 30 ou 35 mcg de etinilestradiol de forma correta, é prudente substituir por pílula com 50 mcg de etinilestradiol.

Modo de uso – instruções às usuárias

- No primeiro mês de uso, ingerir o primeiro comprimido no primeiro dia do ciclo menstrual ou, no máximo, até o quinto dia. A pílula, se usada corretamente, oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. Quanto mais precoce for o início de uso da pílula em relação ao início do ciclo menstrual, melhor é a sua eficácia nesse ciclo.
- A seguir, a usuária deve ingerir um comprimido por dia até o término da cartela, preferencialmente no mesmo horário. É importante orientar a usuária para verificar a cartela todas as manhãs, no sentido de se certificar do seu uso no dia anterior.
- Ao final da cartela, se a cartela for de 21 comprimidos, fazer pausa de sete dias e iniciar nova cartela no oitavo dia. Se a cartela for de 22 comprimidos, fazer pausa de seis dias e iniciar nova cartela no sétimo dia. Alguns tipos de pílulas já possuem cartelas com sete comprimidos placebos (não contêm hormônio), período em que deve ocorrer o sangramento, não sendo necessário haver interrupção de uso da cartela.
- Caso não ocorra a menstruação no intervalo entre as cartelas, mesmo assim, a usuária deve iniciar nova cartela e procurar o serviço de saúde para descartar a hipótese de gravidez.
- Mesmo que a pílula já venha sendo usada por longo período de tempo, não há necessidade de interromper o seu uso para descanso, pois não existe amparo científico que o justifique, sendo causa frequente de ocorrência de gestações.

- A mulher deve informar o uso da pílula sempre que for a qualquer consulta, mesmo que isso não lhe seja perguntado.
- Quando uma mulher começa a usar a pílula, seu organismo precisa de um tempo para se adaptar. Por isso, a mulher não deve interromper o uso da pílula se ocorrerem alguns dos efeitos secundários indicados acima. Esses efeitos não são perigosos e, na maioria das vezes, desaparecem após os três primeiros meses de uso. Se eles continuarem por mais de três meses, a mulher deve procurar o serviço de saúde.
- O exame clínico-ginecológico deve ser realizado em intervalos regulares de 12 meses.
- Em caso de esquecimento:
  - Se esquecer de tomar uma pílula, tomar a pílula esquecida imediatamente e a pílula regular no horário habitual. Tomar o restante regularmente, uma a cada dia.
  - Se esquecer de tomar duas ou mais pílulas:
    - Tomar uma pílula imediatamente.
    - Usar método de barreira ou evitar relações sexuais durante sete dias.
    - Contar quantas pílulas restam na cartela.
    - Se restam sete ou mais pílulas: tomar o restante como de costume.
    - Se restam menos que sete pílulas: tomar o restante como de costume e iniciar nova cartela no dia seguinte após a última pílula da cartela. Nesse caso, a menstruação pode não ocorrer naquele ciclo.
    - Na ocorrência de coito desprotegido, nesse período, orientar a mulher para o uso de anticoncepção de emergência.
- Em caso de vômitos e/ou diarreia: vômitos dentro de uma hora após tomar a pílula, há o risco de não ter sido absorvida; por esse motivo, indica-se tomar outra pílula de outra cartela – para isso é importante fornecer à mulher pelo menos uma cartela extra para que ela tenha pílulas em número suficiente para tomar, se vomitar. Diarreia grave ou vômitos durante mais de 24 horas, continuar, se for possível, a tomar a pílula normalmente na sequência indicada na cartela; contudo deve usar camisinha ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarreia e os vômitos cessarem, pois, nessa situação, existe a possibilidade de não absorção dos esteroides da pílula, com consequente perda da ação anticonceptiva.

Interação medicamentosa

As interações entre contraceptivos hormonais orais e outras drogas podem ser de dois tipos:

- Aquelas em que o fármaco diminui a eficácia dos contraceptivos orais, resultando em sangramentos intermenstruais e/ou gravidez. Incluem-se nesse grupo a rifampicina, griseofulvina, antibióticos em geral (embora nem todos), anticonvulsivantes como o feno-

barbital, fenitoínas, primidona, carbamazepina, etosuximida. Os antirretrovirais (ARS) efavirenz e nevirapina (não nucleosídeos) e os nelfinavir e ritonavir (inibidores da protease), disponíveis para o controle da infecção pelo HIV, interagem diminuindo os níveis séricos dos hormônios estrogênicos e, portanto, sua eficácia contraceptiva. O uso adicional do preservativo masculino ou feminino deve ser considerado – dupla proteção.

- Aquelas em que os contraceptivos alteram os efeitos de um fármaco. Incluem-se nesse grupo os anticonvulsivantes, antidepressivos, teofilina, certos benzodiazepínicos, anticoagulantes, entre outras drogas.

MEDICAMENTOS QUE PODEM INTERAGIR COM A PÍLULA

GRUPOS	EFEITOS
Analgésicos	A
Antibióticos (Rifampicina	A
Antifúngicos (Griseofulvina)	A
Anticonvulsivantes	A, B
Hipnóticos	A
Tranquilizantes	A, B
Diuréticos	A
Anti-hipertensivos	B
Hipoglicemiantes	B
Anticoagulantes	B
Antiretrovirais	A

A - diminuição do efeito hormonal

B - Diminuição do efeito terapêutico

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

- **Primeira consulta:**
  - Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso da pílula.
  - Fazer exame físico geral, exame ginecológico, incluindo o exame de mamas (ensinar o autoexame das mamas).
  - Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método, levando em consideração os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher.
  - A primeira opção deve recair sempre para a pílula combinada de baixa dose (0,03 mg de etinilestradiol), em face da sua melhor tolerabilidade, alta eficácia e baixo custo.
  - As pílulas de doses maiores podem ser utilizadas, como medida de exceção, em mulheres com perdas sanguíneas intermenstruais persistentes ou situações de interação medicamentosa.
  - Esclarecer à mulher que é frequente a ocorrência de pequeno sangramento intermenstrual durante os primeiros meses de uso da pílula combinada de baixa dosagem. Nessa situação, ela deve ser orientada a continuar o uso da pílula. Durante o período de uso, se o sangramento persistir por mais de 10 dias, a mulher deve procurar o serviço de saúde.
  - Permanecendo o sangramento intermenstrual após três meses em mulheres que usam a pílula corretamente, impõe-se a realização de exame ginecológico minucioso, para afastar outras etiologias.

- Orientar que é absolutamente necessário procurar assistência médica imediata em serviço de emergência ou hospital, quando do aparecimento de sintomas atípicos, tais como aparecimento ou agravamento de cefaleia, com sinais neurológicos; hemorragias; dor abdominal de causa indeterminada; alteração visual de aparecimento súbito; dor torácica ou de membros inferiores de aparecimento súbito.
- Prescrever as pílulas para três meses de uso.
- Agendar retorno dentro de 30 dias.
- Esclarecer que a pílula não protege contra as DST/HIV/Aids.
- Incentivar a adoção da dupla proteção – uso associado do preservativo, masculino ou feminino, com a pílula.

- **Consultas de retorno:** o 1º retorno deve ser após 30 dias de uso da pílula. O retorno seguinte, após três meses de uso do método. Os retornos subsequentes devem ser anuais. Retornos mais frequentes devem ser agendados para usuárias com patologias associadas, tais como hipertensão arterial leve, diabetes, entre outras. Nas consultas de retorno:

  - Avaliar as condições de uso da pílula – regularidade na ingestão, tolerância, aceitabilidade, entre outras.
  - Indagar sobre a satisfação com o método em uso.
  - Checar o modo de uso do método – reorientar.
  - Indagar sobre possíveis efeitos secundários e avaliar a gravidade dos mesmos.
  - Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso da pílula.
  - Avaliar peso e pressão arterial em cada retorno.
  - Realizar exame físico geral anual.
  - Realizar exame ginecológico anual, incluindo o exame de mama.
  - Colher material para colpocitologia oncótica, de acordo com o protocolo vigente.
  - O fornecimento sistemático da pílula pelo serviço de saúde não precisa estar vinculado a uma consulta naquele serviço de saúde.

Sinais de alerta

- Dor intensa e persistente no abdome, tórax ou membros.
- Cefaleia intensa que começa ou piora após o início do uso da pílula.
- Perda breve de visão.
- Escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague.

Manejo das intercorrências ou complicações

- **Náuseas:** sugerir tomar a pílula à noite ou após uma refeição.
- **Cefaleia leve:** sugerir o uso de um analgésico.
- **Efeitos secundários menores que duram mais de três meses:** se a mulher prefere pílula, oferecer outro anticoncepcional oral combinado ou pílula apenas de progesterona – minipílula.
- **Amenorreia na vigência de uso da pílula:**
  - Perguntar se está realmente tomando a pílula diariamente.
  - Perguntar se esqueceu de tomar duas ou mais pílulas consecutivamente: nesse caso, há possibilidade de gravidez.
  - Recomendar a interrupção do uso da pílula e sugerir o uso da camisinha até a próxima menstruação ou até que a possibilidade de gravidez seja afastada.
- **Manchas ou sangramentos intermenstruais**
  - Perguntar se esqueceu de tomar alguma pílula, se apresentou vômitos ou diarreia, se está tomando rifampicina ou anticonvulsivante.
  - Esclarecer que é frequente a ocorrência de pequeno sangramento intermenstrual durante os primeiros meses do uso da pílula.
  - Se o sangramento persistir por mais de 10 dias, deve ser investigado.
  - Permanecendo o sangramento intermenstrual após três meses, investigar para afastar outras etiologias.
- **Sangramento vaginal anormal:** orientar a continuar usando a pílula, enquanto o problema está sendo avaliado.
- **Cefaleias muito severas:** orientar a mudar para outro método.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE MÉDICA PARA USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSAGEM

• **Categoria 1:** o método pode ser usado sem restrições.
• Desde a menarca até os 40 anos de idade – há preocupações teóricas sobre o uso da pílula combinada entre adolescentes muito jovens, que não tem evidência científica. Por sua vez, o risco de doenças cardiovasculares aumenta com a idade e pode também aumentar com o uso da pílula combinada. Na ausência de condições clínicas adversas, elas podem ser usadas até a menopausa.
• Nuliparidade ou multiparidade.

Continua...

Continuação

- 21 dias pós-parto ou mais, em mulheres que não amamentam – há preocupações teóricas sobre a associação entre uso de anticoncepcionais orais combinados antes de três semanas após o parto e o risco de trombose na mãe. A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se três semanas após o parto.
- Pós-aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto infectado) – a pílula pode ser usada imediatamente após o aborto.
- Antecedente de gravidez ectópica – a pílula combinada tem efeito protetor contra gravidez ectópica.
- Antecedente de cirurgia pélvica.
- História de diabetes gestacional.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Cefaleia leve.
- Epilepsia – a condição em si não restringe o uso da pílula. Entretanto, algumas drogas anticonvulsivantes podem diminuir a eficácia da pílula.
- Sangramento vaginal, irregular, não volumoso ou volumoso e prolongado – modificações no padrão menstrual são comuns em mulheres na idade reprodutiva. A pílula pode reduzir a perda sanguínea.
- Endometriose – a pílula pode aliviar os sintomas de endometriose.
- Tumores ovarianos benignos (incluindo cistos).
- Dismenorreia grave – a pílula pode aliviar os sintomas.
- Doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna.
- Doença mamária benigna.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Câncer de ovário ou de endométrio, no período em que a mulher está aguardando tratamento – o uso da pílula reduz o risco para câncer de ovário ou de endométrio. Enquanto aguarda tratamento, a mulher com alguma dessas condições pode continuar usando a pílula. Em geral, o tratamento da doença deixa a mulher infértil.
- Mioma uterino – a pílula combinada não produz aumento dos miomas uterinos.
- Doença inflamatória pélvica no passado, com ou sem gravidez subsequente, ou atual – a pílula reduz o risco para doença inflamatória pélvica, mas não protege contra DST/HIV/Aids.

- **Categoria 2:** o método pode ser usado com restrições. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. Se a mulher escolhe esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

- Amamentação – iniciar seis meses ou mais pós-parto.
- Idade maior ou igual a 40 anos – o risco de doença cardiovascular aumenta com a idade e pode ser maior com o uso da pílula. Na ausência de condições clínicas desfavoráveis, pode ser usada até a menopausa.
- Fumante com menos de 35 anos de idade.
- Obesidade (IMC maior ou igual a 30 kg/m2) – obesidade é fator de risco para tromboembolismo venoso.
- História de hipertensão gestacional (se a pressão arterial atual é normal) – alguns estudos sugerem que mulheres com antecedente de hipertensão gestacional usuárias de pílula podem apresentar aumento do risco para infarto e tromboembolismo venoso.
- Diabetes sem doença vascular (insulinodependente ou não) – embora a pílula possa afetar a tolerância a carboidratos, é maior a preocupação se há doença vascular com risco adicional de trombose.
- Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada.
- Tromboflebite superficial.
- Hiperlipidemias – categoria 2/3 – algumas hiperlipidemias são fatores de risco para doença cardiovascular. A categoria deve ser avaliada de acordo com o tipo e a gravidade.
- Doença cardíaca valvular não complicada – o uso da pílula por mulheres portadoras de doença cardíaca valvular aumenta o risco para trombose arterial.
- Cefaleia leve ou grave, exceto enxaqueca (para continuação do uso).
- Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação) – avaliar a categoria após a investigação.
- Nódulo mamário sem diagnóstico – a grande maioria dos nódulos mamários em mulheres em idade reprodutiva é benigna; a investigação deve ser o mais rápida possível.
- Neoplasia cervical intraepitelial (NIC) – existe alguma preocupação de que o uso da pílula possa, a longo prazo, acelerar a progressão de NIC para doença invasiva.
- Câncer de colo uterino, aguardando tratamento.
- Doença da vesícula biliar tratada com cirurgia ou assintomática.
- Antecedente de colestase associada à gravidez – história de colestase associada à gravidez pode indicar aumento do risco para colestase associada à pílula.
- Anemia falciforme – mulheres com anemia falciforme são predispostas à oclusão da circulação microvascular. A pílula combinada pode afetar a coagulação, a viscosidade sanguínea e a frequência e gravidade das crises falciformes.

- **Categorias 3 e 4:** o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.

- Lactantes com menos de seis semanas após o parto e entre seis semanas e menos de seis meses pós-parto – nos primeiros seis meses pós-parto, o uso do anticoncepcional oral combinado diminui a quantidade e a qualidade do leite e pode afetar adversamente a saúde da criança.
- < 21 dias pós-parto (não lactantes) – há preocupações teóricas sobre a associação entre uso de anticoncepcionais orais combinados antes de três semanas pós-parto e o risco de trombose na mulher. A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se em torno de três semanas pós-parto.
- Idade maior ou igual a 35 anos e fumante.
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular, como idade avançada, fumo, diabetes e hipertensão arterial – quando uma mulher apresenta múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular simultaneamente, o uso do anticoncepcional oral combinado pode aumentar o risco até um nível inaceitável.
- História de hipertensão arterial, onde a pressão arterial não pode ser avaliada, incluindo história de hipertensão gestacional.
- Hipertensão adequadamente controlada, onde a pressão arterial pode ser avaliada.
- Hipertensão arterial: PA sistólica 140-159 ou PA diastólica 90-99 ou níveis pressóricos mais elevados.
- Cardiopatia isquêmica.
- Antecedente de acidente vascular cerebral – AVC.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana).
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade menor que 35 anos (para continuação do uso) – mulheres portadoras de enxaqueca com sintomas neurológicos focais apresentam maior risco para AVC do que as assintomáticas. Além disso, o uso do anticoncepcional oral combinado aumenta em até 2-4 vezes o risco para AVC entre mulheres com enxaqueca.
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade maior ou igual a 35 anos (para início de uso) – mulheres portadoras de enxaqueca com sintomas neurológicos focais apresentam maior risco para AVC do que as assintomáticas. Além disso, o uso do anticoncepcional oral combinado aumenta em até 2-4 vezes o risco para AVC entre mulheres com enxaqueca.
- Enxaqueca com sinais neurológicos focais.
- Câncer de mama atual ou no passado ou sem evidência de doença nos últimos cinco anos – pode haver aumento do risco de progressão da doença em mulheres com câncer de mama atual ou no passado.

ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS ORAIS APENAS DE PROGESTOGÊNIO – MINIPÍLULAS

Os anticoncepcionais orais apenas de progestogênio contêm uma dose muito baixa de progestogênio. Eles não contêm estrogênio. Também são conhecidos como minipílulas. São os anticoncepcionais orais mais apropriados para a mulher que amamenta. Porém mulheres que não estão amamentando também podem usá-los.

Tipos

Esses anticoncepcionais são encontrados em embalagens com 28 ou 35 comprimidos ativos. Todos os comprimidos têm a mesma composição e dose.

Algumas das formulações disponíveis no Brasil são:

- Noretisterona 0,35 mg com 35 comprimidos ativos.
- Levonorgestrel 0,03 mg com 35 comprimidos ativos.
- Linestrenol 0,5 mg com 28 comprimidos ativos.
- Desogestrel 75 mcg com 28 comprimidos ativos.

Mecanismo de ação

As minipílulas apresentam mecanismo de ação e eficácia diferentes dos descritos para as pílulas combinadas. Livres do componente estrogênico e com menores doses de progestógenos, inibem a ovulação em 15 a 40% dos casos. Sua ação é mais pronunciada sobre o endométrio e o muco cervical (promovem o espessamento do muco cervical, dificultando a penetração dos espermatozoides). Por isso, seu efeito contraceptivo é mais baixo em relação às pílulas combinadas (ALDRIGHI; SAUERBRONN; PETTA, 2005b).

A ausência do componente estrogênico permite sua utilização nas situações em que há contraindicação ao uso desse esteroide, como as doenças cardiovasculares, tabagismo e amamentação.

Eficácia

- **Para a lactante:** é muito eficaz quando usada de forma correta e consistente, com taxa de falha de aproximadamente 0,5 em cada 100 mulheres em um ano. A eficácia em uso típico também é alta, com taxa de falha de aproximadamente uma gravidez para cada 100 mulheres em um ano. A alta eficácia durante a lactação explica-se porque a lactação, especialmente quando exclusiva e nos primeiros seis meses, oferece alta taxa de proteção.
- **Para a não lactante:** a eficácia em uso correto e consistente não é tão alta quanto à da pílula combinada. Não existe muita informação sobre a eficácia desse método em uso típico fora da lactação, mas a maioria dos autores concorda que a taxa de gravidez é mais alta do que a das pílulas combinadas. Os estudos disponíveis mostram resultados muito variáveis. A taxa de gravidez da minipílula é influenciada pela maneira como é tomada.

Quando não é tomada regularmente a cada 24 horas, a taxa de falha aumenta. As taxas de incidência de gravidez para as minipílulas em uso típico, fora da amamentação, não estão disponíveis. (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).

Prazo de validade

De dois a cinco anos, variando com o fabricante. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem e também na cartela. O profissional de saúde, ao fornecer as cartelas, deve entregar primeiro aquelas mais próximas do prazo de vencimento.

Efeitos secundários

Os principais efeitos secundários que podem estar relacionados com o uso da minipílula são:

- Alterações no fluxo menstrual.
- Cefaleia.
- Sensibilidade mamária.

Para as mulheres que não estão amamentando, os efeitos secundários mais comuns são as alterações no fluxo menstrual: spotting (manchas), amenorréia, que pode ocorrer durante vários meses, fluxo menstrual abundante ou prolongado.

Para as lactantes, as alterações menstruais podem não ser percebidas ou não representam incômodo, porque essas mulheres habitualmente não têm ciclos regulares. As minipílulas podem prolongar a amenorreia durante a amamentação.

Riscos

O risco mais importante é a falha anticoncepcional. Para minimizar o risco de gravidez, deve ser tomada sempre na mesma hora, todos os dias. Algumas horas de atraso já são suficientes para aumentar o risco de gravidez em mulheres que não estão amamentando. Esse risco aumenta significativamente se ela se esquece de tomar duas ou mais pílulas (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001).

As usuárias desse método apresentam maior risco de gravidez ectópica do que as usuárias de anticoncepcional oral combinado e de DIU, porém o risco é menor do que entre as que não estão usando nenhum método anticoncepcional (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001).

Pontos-chave

- Podem ser usadas por lactantes a partir de seis semanas após o parto. A quantidade e a qualidade do leite materno não são prejudicadas.

- Não apresentam os efeitos colaterais do estrogênio. Não aumentam o risco de complicações relacionadas ao uso de estrogênio, tais como infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral.
- Menor risco de efeitos colaterais relacionados ao uso de progestogênio, tais como acne e aumento de peso, do que com o uso de anticoncepcionais orais combinados.
- Podem ajudar a prevenir doenças benignas de mama, câncer de endométrio, câncer de ovário, doença inflamatória pélvica.
- Boa escolha para as lactantes que desejam um anticoncepcional oral.
- Muito eficazes durante a amamentação.
- Dosagem bastante reduzida.
- Não diminui a produção do leite materno.
- Não apresentam os efeitos colaterais do estrogênio.
- Quando usadas fora da amamentação, alterações menstruais são comuns, especialmente ciclo menstrual irregular e sangramento nos intervalos. Isso não constitui perigo ou sinal de perigo.
- Não protegem contra DST/HIV/Aids.

Modo de uso – instruções às usuárias

- Nas lactantes, o uso deve ser iniciado após seis semanas do parto. A amamentação exclusiva previne a gravidez eficazmente pelo menos por seis meses ou até a menstruação retornar, o que ocorrer primeiro. Os anticoncepcionais orais apenas de progestogênio garantem proteção adicional se a opção da usuária for por anticoncepção oral durante a amamentação.
- Se a menstruação já retornou, a mulher pode começar a tomar os anticoncepcionais orais apenas de progestogênio a qualquer momento, desde que se tenha certeza de que ela não está grávida. Se não há certeza em relação à gravidez, a mulher deve evitar relações sexuais ou usar camisinha até a primeira menstruação e, então, começar a tomar os anticoncepcionais orais apenas de progestogênio.
- Após o parto, se a mulher não estiver amamentando, a minipílula pode ser iniciada imediatamente, ou a qualquer momento durante as quatro primeiras semanas após o parto. Não há necessidade de esperar o retorno da menstruação.
- Após aborto espontâneo ou provocado, no primeiro ou no segundo trimestre, pode ser iniciada imediatamente ou nos primeiros sete dias após o aborto, ou a qualquer momento, desde que se tenha certeza de que a mulher não está grávida.
- Durante a menstruação normal, a minipílula pode ser iniciada em qualquer momento, desde que se tenha certeza de que a mulher não está grávida. Pode também ser iniciada nos primeiros cinco dias de menstruação, preferencialmente no primeiro dia, não sendo necessário o uso de outro método para proteção adi-

cional. Se não começar nos primeiros cinco dias da menstruação, a mulher deve ser orientada para evitar relações sexuais ou usar camisinha durante as primeiras 48 horas.

- O uso da minipílula é contínuo, não deve haver intervalo entre as cartelas; a mulher deve tomar uma pílula todos os dias, sempre no mesmo horário, porque o atraso de algumas horas na ingestão da minipílula aumenta o risco de gravidez. O esquecimento de duas ou mais pílulas aumenta mais ainda esse risco.
- Quando uma cartela termina, no dia seguinte ela deve tomar a primeira pílula da próxima cartela (não deixar dias de descanso). Todas as pílulas da cartela são ativas.
- Se a mulher atrasou a ingestão da pílula mais do que três horas ou esqueceu alguma pílula e já não amamenta ou amamenta, mas a menstruação já retornou, deve tomar a pílula esquecida assim que possível, e continuar tomando uma pílula por dia, normalmente. Entretanto, além disso, deve ser orientada a evitar relações sexuais ou usar camisinha por dois dias.
- Orientar a mulher sobre os efeitos secundários mais comuns, explicando que não são sinais de doenças, desaparecendo, em geral, após os três primeiros meses de uso, e que muitas mulheres não os apresentam. A usuária deve ser alertada sobre possíveis alterações no padrão menstrual (intervalo, duração e sangramentos intermenstruais). Em caso de efeitos secundários mais comuns, continuar a tomar a pílula; os sintomas podem se agravar se suspender o uso e o risco de gravidez aumenta. No caso de *spotting* (manchas) ou sangramento irregular, a mulher deve procurar tomar a pílula todos os dias, no mesmo horário.
- Em caso de vômito dentro de uma hora após tomar a pílula, há o risco de não ter sido absorvida; por esse motivo, indica-se tomar outra pílula de outra cartela – para isso é importante fornecer à mulher pelo menos uma cartela extra para que ela tenha pílulas em número suficiente para tomar se vomitar.
- Diarreia grave ou vômitos durante mais de 24 horas, continuar, se for possível, a tomar a pílula normalmente na sequência indicada na cartela; contudo deve usar camisinha ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarreia e os vômitos cessarem, pois, nessa situação, existe a possibilidade de não absorção da pílula e perda da ação anticonceptiva.

Interação medicamentosa

Pode haver interação com a rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona), que são medicamentos indutores de enzimas hepáticas e reduzem a eficácia da minipílula.

Não há interação clínica significativa demonstrada até o momento com os antirretrovirais (ARV) disponíveis para o controle de infecção pelo HIV.

Atuação do profissional de saúde

- **Primeira consulta:**
  - Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso da pílula.
  - Fazer exame físico geral, exame ginecológico, incluindo o exame de mamas (ensinar o autoexame das mamas).
  - Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método, levando em consideração os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher.
  - Recomendar à mulher que informe o uso da pílula sempre que for a qualquer consulta médica, mesmo que isso não lhe seja perguntado.
  - Orientar que é absolutamente necessário procurar assistência médica imediata em serviço de emergência ou hospital, quando do aparecimento de sintomas atípicos, tais como aparecimento ou agravamento de cefaleia, com sinais neurológicos; hemorragias; dor abdominal de causa indeterminada; alteração visual de aparecimento súbito.
  - Prescrever as pílulas para o primeiro mês de uso.
  - Agendar retorno dentro de 30 dias.
  - Esclarecer que a pílula não protege contra DST/HIV/Aids.
  - Incentivar a adoção da dupla proteção – uso associado do preservativo, masculino ou feminino, com a pílula.
  - O fornecimento do método pode ser feito pelo serviço de saúde, independentemente de ter ocorrido uma consulta naquele serviço.
- **Consultas de retorno:** o primeiro retorno deve ser após 30 dias de uso da pílula. O retorno seguinte, após três meses de uso do método. Os retornos subsequentes devem ser anuais. Retornos mais frequentes para usuárias com patologias associadas, tais como hipertensão arterial leve, diabetes, entre outras. Nas consultas de retorno:
  - Avaliar as condições de uso da pílula – regularidade na ingestão, tolerância, aceitabilidade, entre outras.
  - Indagar sobre a satisfação com o método em uso.
  - Checar o modo de uso do método – reorientar.
  - Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso da pílula.
  - Avaliar peso e pressão arterial em cada retorno.
  - Realizar exame físico geral anual.
  - Realizar exame ginecológico anual, incluindo o exame de mama.
  - Colher material para colpocitologia oncótica, de acordo com o protocolo vigente.
  - O fornecimento sistemático da pílula não precisa estar vinculado a uma consulta no serviço.

Sinais de alerta

- Sangramento excessivo.
- Cefaleia intensa que começou ou piorou após o início da minipílula.
- Icterícia.
- Possibilidade de gravidez.

Manejo das intercorrências ou complicações

- **Amenorreia, sangramento irregular ou manchas (spotting), na lactante:** tranquilizar a mulher e lhe dizer que essas situações são normais durante a amamentação, com ou sem o uso de minipílula.
- **Amenorreia, sangramento irregular ou manchas (spotting), em mulheres que não estão amamentando:** perguntar se a mulher está menstruando regularmente com o uso da minipílula e a menstruação falhou de repente. Nesse caso, ela pode ter ovulado e deve-se descartar gravidez.
- **Sangramento vaginal inexplicado e anormal, que sugira gravidez ectópica ou doença de base, subjacente:** explicar à mulher que ela pode continuar tomando a pílula enquanto se submete à investigação. Explicar ainda que a minipílula às vezes altera a menstruação e que isso não é prejudicial.
- **Cefaleia intensa com visão turva (enxaqueca):** a minipílula pode ser usada com segurança; a mulher deverá trocar por um método não hormonal se a cefaleia começou ou piorou após ter iniciado o uso da pílula e se a cefaleia é acompanhada de visão turva, perda temporária de visão, escotomas cintilantes, linhas em ziguezague, dificuldade para falar e se locomover.

Critérios de elegibilidade médica para uso de anticoncepcionais apenas de progestogênio – minipílula, injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona de depósito-AMP-D) e implantes subcutâneo.

• **Categoria 1:** o método pode ser usado sem restrições.
• Lactantes: iniciar seis semanas após o parto. • Não lactantes: podem ser iniciados com menos de 21 dias ou 21 dias ou mais – os anticoncepcionais apenas de progestogênio podem ser iniciados imediatamente após o parto. • Pós-aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto séptico): podem ser iniciados imediatamente após o aborto. • Idade de 18 anos a 45 anos – para mulheres com menos de 18 anos, há preocupação teórica em relação ao efeito hipoestrogênico, especialmente do AMP-D. Nova evidência: três estudos sobre o uso de norplant, um em adolescentes e dois em adultas, mostraram não haver diminuição de densidade óssea em usuárias de longo tempo, comparadas com não usuárias. Para mulheres com mais de 45 anos, há preocupações teóricas sobre o efeito hipoestrogênico, especialmente do AMP-D, e se as mulheres podem recuperar a perda óssea depois de parar o uso de AMP-D.

Continua...

Continuação

- Fumante (qualquer idade).
- História de pré-eclâmpsia, onde a pressão arterial pode ser avaliada e é normal.
- História de diabetes gestacional.
- História familiar de doença tromboembólica (parentesco de primeiro grau).
- Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Tromboflebite superficial.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação auricular, história de endocardite bacteriana subaguda) ou não.
- Cefaleia (do tipo não enxaqueca, leve ou severa).
- Doença mamária benigna.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Câncer de ovário ou de endométrio (durante a espera do tratamento. Em geral, o tratamento dessas doenças deixa a mulher infértil).
- Doença inflamatória pélvica (DIP) no passado, com ou sem gravidez subsequente. DIP atual ou nos últimos três meses.
- Doença sexualmente transmissível (DST) atual ou nos últimos três meses, incluindo cervicite purulenta, ou risco aumentado para DST (parceiros múltiplos ou parceiro que tem múltiplos parceiros).
- HIV positivo ou Aids ou risco para HIV.
- História de colestase relacionada à gravidez.
- Portador assintomático de hepatite viral – embora seja metabolizado pelo fígado, o progestágeno parece exercer efeito mínimo sobre a função hepática.
- Mioma uterino.
- Obesidade: IMC igual ou > 30 kg/m2.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Talassemia.
- Doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna.
- Anemia falciforme.
- Anemia ferropriva.

- **Categoria 2:** o método pode ser usado com restrições. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. Se a mulher escolhe esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

- Hipertensão arterial adequadamente controlada, onde a pressão arterial pode ser diagnosticada.
- História de hipertensão arterial, onde a pressão arterial não pode ser avaliada (incluindo hipertensão durante a gravidez).
- Idade: desde a menarca até mais de 45 anos.
- História de doença tromboembólica.
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.
- Diabetes (insulinodependente ou não).
- Hiperlipidemias.
- Enxaqueca, sem sintomas neurológicos focais e em qualquer idade (para continuação de uso).
- Sangramento vaginal irregular não volumoso, ou volumoso e prolongado.
- Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação) – se existe suspeita de gravidez ou alguma condição médica subjacente, deve-se ajustar a categoria após a avaliação, modificando para Categoria 3 e 4.
- Nódulo mamário sem diagnóstico – a grande maioria dos nódulos mamários em mulheres em idade reprodutiva é benigna; a investigação deve ser o mais rápida possível.
- Neoplasia cervical intraepitelial (NIC).
- Antecedente de colestase relacionada ao uso de anticoncepcional oral combinado – história de colestase associada ao uso de anticoncepcional oral combinado pode indicar aumento do risco para colestase associada a anticoncepcionais apenas de progestogênio.
- Doença biliar sintomática ou assintomática.
- Cirrose hepática leve (compensada).
- Antecedente de gravidez ectópica – a taxa absoluta de gravidez ectópica é maior com a minipílula do que com outros métodos hormonais, porém menor do que entre mulheres que não usam métodos.

- **Categorias 3 e 4:** o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.

- Lactantes com menos de seis semanas pós-parto – existe a preocupação com o risco de exposição do recém-nascido aos hormônios esteroides durante as primeiras seis semanas pós-parto.
- Doença tromboembólica atual – teoricamente, o progestágeno pode aumentar o risco para trombose, embora esse risco seja menor do que com os anticoncepcionais hormonais combinados.
- Fatores de risco múltiplos para doença cardiovascular (tais como idade, tabagismo, diabetes e hipertensão).
- Doença cardíaca isquêmica atual ou no passado – existe a preocupação com o efeito hipoestrogênico e com a redução do HDL – colesterol.
- AVC – existe a preocupação com o efeito hipoestrogênico e com a redução do HDL – colesterol.
- Diabetes com doenças vasculares (nefropatia, retinopatia, neuropatia) ou com mais de 20 anos de duração
- Enxaqueca com sintomas neurológicos focais (em qualquer idade).
- Câncer de mama atual ou no passado e sem evidência de doença nos últimos cinco anos.
- Hepatite viral aguda – existe a preocupação com o risco em mulheres com doença hepática ativa, porém menor do que com a pílula combinada.
- Sangramento vaginal inexplicado.
- Cirrose hepática grave (descompensada) – existe a preocupação com o risco em mulheres com doença hepática ativa, porém menor do que com a pílula combinada.
- Tumores hepáticos benignos ou malignos – existe a preocupação com o risco em mulheres com doença hepática ativa, porém menor do que com a pílula combinada.
- Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona) – esses medicamentos são indutores de enzimas hepáticas e podem reduzir a eficácia da minipílula.

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL INJETÁVEL

A. Anticoncepcional injetável combinado mensal – injetável mensal

Os anticoncepcionais injetáveis mensais são combinados e, em suas diferentes formulações, contêm um éster de um estrogênio natural, o estradiol e um progestogênio sintético, diferentemente dos anticoncepcionais orais combinados, nos quais ambos os hormônios são sintéticos.

Tipos

No Brasil, dispomos de três associações:

- 50 mg de enantato de noretisterona + 5 mg de valerato de estradiol.
- 25 mg de acetato de medroxiprogesterona + 5 mg de cipionato de estradiol.
- 150 mg de acetofenido de diidroxiprogesterona + 10 mg de enantato de estradiol.

Mecanismo de ação

Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, impedindo a passagem dos espermatozoides. Provocam, ainda, alterações no endométrio.

Eficácia

São muito eficazes. A taxa de falha desse método varia de 0,1% a 0,3%, durante o primeiro ano de uso.

A recuperação da fertilidade após o uso de injetáveis mensais é rápida, quando comparada com os que contêm somente progestogênio (injetável trimestral). Em média, o retorno da ovulação acontece em 60 a 90 dias após a última injeção.

Prazo de validade

O prazo de validade do anticoncepcional injetável combinado mensal varia de três a cinco anos. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem. O profissional de saúde, ao aplicar a injeção, deve aplicar primeiro a que estiver mais próxima do fim do prazo de validade.

Efeitos secundários

- Alterações do ciclo menstrual: manchas ou sangramento nos intervalos entre as menstruações, sangramento prolongado e amenorreia.
- Ganho de peso.
- Cefaleia.
- Náuseas e/ou vômitos.
- Mastalgia.

Riscos

- Embora não existam dados sobre os efeitos dos anticoncepcionais injetáveis mensais sobre a composição e a quantidade do leite materno, seu uso entre as lactantes deve ser evitado, pelo menos até o sexto mês após o parto.
- Para evitar o risco de doença tromboembólica no período puerperal, não devem ser utilizados antes dos 21 dias após o parto, entre não lactantes.
- Podem causar acidentes vasculares, tromboses venosas profundas ou infarto do miocárdio, sendo que o risco é maior entre fumantes (mais de 20 cigarros/dia), com 35 anos ou mais.

- A eventual relação entre o uso desses contraceptivos e risco de câncer ginecológico e mamário tem sido pouco estudada. Porém o seu uso poderia acelerar a evolução de cânceres preexistentes.

Pontos-chave

- Diminuem a frequência e a intensidade das cólicas menstruais.
- A fertilidade retorna em tempo mais curto do que com os injetáveis trimestrais.
- Ajudam a prevenir problemas, tais como gravidez ectópica, câncer de endométrio, câncer de ovário, cistos de ovário, doença inflamatória pélvica, doenças mamárias benignas e miomas uterinos.
- Método muito efetivo
- O padrão menstrual altera-se menos do que com os injetáveis trimestrais.
- Possivelmente menos riscos estrogênicos porque contêm estrogênios naturais.
- **Não protegem contra DST/HIV/Aids.**

Modo de uso – instruções às usuárias

- A primeira opção deve recair sobre os injetáveis mensais que contenham 5 mg de estrogênio.
- A primeira injeção deve ser feita até o quinta dia do início da menstruação. As aplicações subsequentes devem ocorrer a cada 30 dias, mais ou menos três dias, independentemente da menstruação.
- O anticoncepcional injetável combinado mensal oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. Não há necessidade de pausas para "descanso", após um longo período de uso.
- Deve-se aplicar por via intramuscular profunda, na parte superior do braço (músculo deltoide) ou na nádega (músculo glúteo, quadrante superior lateral).
- Após a aplicação, não deve ser feita massagem ou aplicação de calor local, para evitar difusão do material injetado.
- É obrigatório o uso de seringas e agulhas estéreis e descartáveis, agitando-se bem a ampola do anticoncepcional e aspirando-se todo o conteúdo para a administração da dose adequada.
- Se houver atraso de mais de três dias para a aplicação da nova injeção, a mulher deve ser orientada para o uso da camisinha ou evitar relações sexuais até a próxima injeção.

Interação medicamentosa

Não existem estudos acerca do uso concomitante dos injetáveis mensais com rifampicina ou anticonvulsivantes, porém acredita-se que essas drogas não diminuem a eficácia anticoncepcional (PETTA; BASSALOBRE; ALDRIGHI, 2005).

Os antirretrovirais (ARV) não nucleosídeos (efavirenz e nevirapina) e os inibidores de protease (nelfinavir e ritonavir), disponíveis para o controle da infecção pelo HIV, interagem diminuindo os níveis séricos dos hormônios estrogênicos, reduzindo sua eficácia contraceptiva. O uso adicional do preservativo, masculino ou feminino, deve ser indicado.

Atuação do profissional de saúde

- **Primeira consulta:**
  - Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso do injetável mensal.
  - Fazer exame físico geral, exame ginecológico, incluindo o exame de mamas (ensinar o autoexame).
  - Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método, levando em consideração os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher.
  - Recomendar à mulher que informe o uso do injetável sempre que for a qualquer consulta médica, mesmo que isso não lhe seja perguntado.
  - Orientar que é absolutamente necessário procurar assistência médica imediata em serviço de emergência ou hospital quando do aparecimento de sintomas atípicos, tais como aparecimento ou agravamento de cefaleia, com sinais neurológicos; hemorragias; dor intensa e persistente no abdômen, tórax ou membro; alteração visual de aparecimento súbito (escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague, perda breve de visão); icterícia.
  - Agendar retorno dentro de 30 dias.
  - Esclarecer que a injeção não protege contra DST/HIV/Aids.
  - Incentivar a adoção da dupla proteção – uso associado do preservativo, masculino ou feminino, com o injetável mensal.
  - É recomendável o uso da anticoncepção de emergência na ocorrência de coito desprotegido, quando houver atraso em mais de três dias na administração da injeção.
  - O fornecimento do método pode ser feito pelo serviço de saúde, independentemente de ter ocorrido consulta naquele serviço.
- **Consultas de retorno:** o primeiro retorno deve ser após 30 dias de uso da injeção. O retorno seguinte após três meses de uso do método. Os retornos subsequentes devem ser anuais. Retornos mais frequentes para usuárias com patologias associadas, tais como hipertensão arterial leve, diabetes, entre outras. Nas consultas de retorno:
  - Avaliar as condições de uso do injetável mensal – regularidade na aplicação, tolerância, aceitabilidade, entre outras.
  - Indagar sobre a satisfação com o método em uso.
  - Checar o modo de uso do método – reorientar.

- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso do injetável mensal.
- Avaliar peso e pressão arterial em cada retorno.
- Realizar exame físico geral anual.
- Realizar exame ginecológico anual, incluindo o exame de mama.
- Colher material para colpocitologia oncótica, de acordo com o protocolo vigente.
- O fornecimento sistemático do injetável mensal não precisa estar vinculado a uma consulta no serviço.

Sinais de alerta

- Sangramento excessivo.
- Cefaleia intensa que começou ou piorou após o início de uso do injetável mensal.
- Icterícia.
- Dor intensa e persistente no abdome, tórax ou membros.
- Perda breve de visão.
- Escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague.
- Possibilidade de gravidez.

Manejo das intercorrências ou complicações

- **Amenorreia:** embora seja incomum, pode ocorrer, mas não compromete a saúde da mulher. Caso ocorra, deve-se tranquilizar a mulher. Se há sintomas ou razões para a suspeita de gravidez, investigar adequadamente.
- **Sangramento mais volumoso ou prolongado do que o usual:** tranquilizar a mulher, explicando que é comum nos três primeiros meses de uso e não traz riscos à saúde. Se o sangramento a incomoda, mas ela deseja continuar usando o anticoncepcional injetável mensal, pode-se tentar melhorá-lo com o uso de estrogênio ou anticoncepcionais orais combinados ou inibidores de prostaglandina. Se ela não desejar continuar usando, ajudar na escolha de outro método anticoncepcional. Sugerir a ingestão de alimentos ricos em ferro ou suplementação com ferro, se necessário.
- **Sangramento vaginal anormal e inexplicado, que sugira doença de base subjacente:** explicar à mulher que ela pode continuar usando o injetável mensal enquanto se submete à investigação. Avaliar a possibilidade de gravidez.
- **Cefaleia leve:** sugerir o uso de analgésico.
- **Efeitos colaterais menores que duram mais de três meses:** se a mulher preferir, ajudar a escolher outro método anticoncepcional.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE CLÍNICA PARA USO DE ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS MENSAIS – INJETÁVEL MENSAL

- **Categoria 1:** o método pode ser usado sem restrições.

- Desde a menarca até os 40 anos de idade – a preocupação teórica sobre o uso de anticoncepcionais injetáveis combinados mensais por adolescentes muito jovens não tem sido cientificamente provada. O risco de doença cardiovascular aumenta com a idade e pode aumentar com o uso dos anticoncepcionais injetáveis combinados mensais.
- Nuliparidade ou multiparidade.
- 21 dias pós-parto ou mais, em mulheres que não amamentam – há preocupações teóricas sobre a associação entre o uso de anticoncepcionais injetáveis combinados antes de três semanas após o parto e o risco de trombose na mãe. A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se três semanas após o parto.
- Pós-aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto infectado) – a injeção mensal pode ser usada imediatamente após o aborto.
- Antecedente de gravidez ectópica – o injetável mensal tem efeito protetor contra gravidez ectópica.
- Antecedente de cirurgia pélvica.
- História de diabetes gestacional.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Cefaleia leve.
- Epilepsia.
- Sangramento vaginal, irregular, não volumoso ou volumoso e prolongado – modificações no padrão menstrual são comuns em mulheres na idade reprodutiva. O injetável mensal pode reduzir a perda sanguínea.
- Endometriose – o injetável mensal pode aliviar os sintomas de endometriose.
- Tumores ovarianos benignos (incluindo cistos).
- Dismenorreia grave – o injetável mensal pode aliviar os sintomas de dismenorreia.
- Doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Câncer de ovário ou de endométrio – o uso do injetável mensal reduz o risco para câncer de ovário ou de endométrio. Enquanto aguarda tratamento, a mulher com alguma dessas condições pode continuar usando o injetável mensal. Em geral o tratamento da condição deixa a mulher infértil.
- Mioma uterino – a pílula combinada parece não causar aumento dos miomas uterinos e espera-se que os injetáveis mensais também não tenham esse efeito.

Continua...

Continuação

- Doença inflamatória pélvica (DIP) no passado, com ou sem gravidez subsequente, ou DIP atual ou nos últimos três meses – o injetável mensal reduz o risco para doença inflamatória pélvica, mas não protege contra DST/HIV/Aids.
- Doença sexualmente transmissível (DST) atual ou nos últimos três meses, incluindo cervicite purulenta, ou risco aumentado para DST – o injetável mensal reduz o risco para doença inflamatória pélvica, mas não protege contra DST/HIV/Aids.
- Portador assintomático de hepatite viral.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática leve.
- Tuberculose pélvica ou não pélvica.
- Malária.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Anemia ferropriva – o injetável mensal pode reduzir a perda sanguínea.
- Talassemia.
- Antibióticos (excluindo rifampicina ou griseofulvina).

- **Categoria 2:** o método pode ser usado com restrições. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. Se a mulher escolhe esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

- Amamentação: iniciar seis meses ou mais pós-parto.
- Idade maior ou igual a 40 anos – o risco de doença cardiovascular aumenta com a idade e pode ser maior com o uso do injetável mensal. Na ausência de outras condições clínicas desfavoráveis, o injetável mensal pode ser usado até a menopausa.
- Fumante com menos de 35 anos de idade.
- Obesidade (IMC maior ou igual a 30 kg/m^2) – fator de risco para tromboembolismo venoso.
- Diabetes sem doença vascular (insulinodependente ou não) – embora o injetável mensal possa afetar a tolerância a carboidratos, é maior a preocupação se há doença vascular com risco adicional de trombose.
- Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada.
- Tromboflebite superficial.
- Hiperlipidemias – categoria 2/3 – algumas hiperlipidemias são fatores de risco para doença cardiovascular. A categoria deve ser avaliada de acordo com o tipo e a gravidade.
- Doença cardíaca valvular não complicada – o uso de anticoncepcionais orais combinados por mulheres portadoras de doença cardíaca valvular aumenta o risco para trombose arterial.
- Cefaleia leve ou grave, do tipo não enxaqueca (para continuação do uso).

Continua...

Continuação

- Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação) – avaliar a categoria após a investigação.
- Nódulo mamário sem diagnóstico – a grande maioria dos nódulos mamários em mulheres em idade reprodutiva é benigna; a investigação deve ser o mais rápida possível, pois, se o nódulo for maligno, o uso desse método está contraindicado.
- Patologia mamária benigna.
- Neoplasia cervical intraepitelial – NIC – existe alguma preocupação de que o uso dos métodos hormonais combinados possa, a longo prazo, acelerar a progressão de NIC para doença invasiva.
- Câncer de colo uterino, aguardando tratamento.
- Doença da vesícula biliar atual, já tratada com cirurgia ou medicamento, ou assintomática.
- Antecedente de colestase associada à gravidez – diferentemente dos anticoncepcionais orais combinados, os injetáveis mensais têm mínimo efeito sobre a função hepática em mulheres saudáveis e não apresentam a primeira passagem pelo fígado.
- Anemia falciforme – mulheres com anemia falciforme são predispostas à oclusão da circulação microvascular.
- História familiar de trombose venosa profunda/embolia pulmonar (parentesco de primeiro grau).

- **Categorias 3 e 4:** o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.

- Lactantes nos primeiros seis meses pós-parto – o uso do anticoncepcional injetável combinado diminui a quantidade de leite materno, diminui a duração da amamentação e pode, consequentemente, afetar o crescimento do bebê.
- < 21 dias pós-parto (não lactantes) – há preocupações teóricas sobre a associação entre uso de anticoncepcionais injetáveis mensais antes de três semanas pós-parto e o risco de trombose na mãe. A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se em torno de três semanas pós-parto.
- Idade maior ou igual a 35 anos e fumante.
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (como idade avançada, fumo, diabetes e hipertensão arterial) – quando uma mulher apresenta múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular simultaneamente, o uso do anticoncepcional injetável mensal pode aumentar o risco até um nível inaceitável.
- História de hipertensão arterial, onde a pressão arterial não pode ser avaliada (incluindo história de hipertensão gestacional).

Continua...

Continuação

- Hipertensão arterial: PA sistólica 140-159 ou PA diastólica 90-99 ou níveis pressóricos mais elevados.
- Cardiopatia isquêmica.
- Antecedente de acidente vascular cerebral – AVC.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana).
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade menor que 35 anos (para continuação do uso) – mulheres portadoras de enxaqueca com sintomas neurológicos focais apresentam maior risco para AVC do que as assintomáticas. Além disso, o uso do anticoncepcional oral combinado aumenta em até 2-4 vezes o risco para AVC entre mulheres com enxaqueca. Até que ponto isso é igual com anticoncepcionais injetáveis mensais não é conhecido.
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade maior ou igual a 35 anos (para início de uso) – mulheres portadoras de enxaqueca com sintomas neurológicos focais apresentam maior risco para AVC do que as assintomáticas. Além disso, o uso do anticoncepcional oral combinado aumenta em até 2-4 vezes o risco para AVC entre mulheres com enxaqueca. Até que ponto isso é igual com anticoncepcionais injetáveis mensais não é conhecido.
- Enxaqueca com sinais neurológicos focais (em qualquer idade).
- Câncer de mama atual ou no passado ou sem evidência de doença nos últimos cinco anos – pode haver aumento do risco de progressão da doença em mulheres com câncer de mama atual ou no passado.
- Diabetes com mais de 20 anos de duração ou doença vascular (nefropatia, neuropatia, retinopatia).
- História de colestase relacionada ao uso de anticoncepcional oral combinado – pode aumentar o risco para episódios subsequentes.
- Cirrose hepática compensada e descompensada – o anticoncepcional injetável mensal tem mínimo efeito sobre a função hepática em mulheres saudáveis e não apresenta a primeira passagem pelo fígado. Entretanto, os injetáveis mensais são metabolizados no fígado e podem causar efeitos em mulheres com a função hepática já comprometida.
- Hepatite viral em atividade.
- Tumores de fígado malignos ou benignos.
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.
- Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona) – esses medicamentos são indutores de enzimas hepáticas e reduzem a eficácia do anticoncepcional injetável mensal.
- Trombose venosa profunda em atividade no momento ou no passado.
- Lupus eritematoso sistêmico.

B. Anticoncepcional hormonal injetável só de progestogênio – injetável trimestral

O acetato de medroxiprogesterona é um método anticoncepcional injetável apenas de progestogênio. É um progestogênio semelhante ao produzido pelo organismo feminino, que é liberado lentamente na circulação sanguínea. É também conhecido como acetato de medroxiprogesterona de depósito – AMP-D.

Tipos

No Brasil, a formulação disponível é à base de acetato de medroxiprogesterona 150 mg, preparada na forma de suspensão microcristalina de depósito para injeção IM, apresentada em frasco-ampola de 1 ml.

Mecanismo de ação

Inibe a ovulação e espessa o muco cervical, dificultando a passagem dos espermatozoides por meio do canal cervical.

O AMP-D não interrompe uma gravidez já instalada.

Eficácia

São altamente eficazes. A taxa de falha desse método é de 0,3% durante o primeiro ano de uso, com injeções regulares a cada três meses.

O retorno da fertilidade, em média, pode levar quatro meses após o término do efeito (sete meses após a última injeção). Em geral, as mulheres engravidam entre 9 e 16 meses após ter recebido a última injeção. Essa demora no retorno da fertilidade não está relacionada com o tempo de uso.

Prazo de validade

O prazo de validade do anticoncepcional injetável trimestral varia de três a cinco anos. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem. O profissional de saúde, ao aplicar a injeção, deve aplicar primeiro a que estiver mais próxima do fim do prazo de validade.

Efeitos secundários

- Alterações menstruais: são comuns, incluindo manchas ou sangramento leve (o mais comum), sangramento volumoso (raro) ou amenorreia (bastante comum, ocorre em mais de 50% dos casos do segundo ano em diante). Apenas cerca de 10% das usuárias de acetato de medroxiprogesterona de depósito têm ciclos regulares durante o primeiro ano de uso. Sangramentos irregulares ocorrem com mais frequência durante os primeiros seis meses; após esse período, tornam-se menos frequentes, podendo chegar à amenorreia. A porcentagem de mulheres em amenorreia pode chegar a 50%, após o primeiro ano de uso, e a 70% após três anos de uso. Nesses casos, não há necessidade de tratamento, mas uma orientação adequada deve ser reforçada para as usuárias, no sentido de tranquilizá-las quanto

a essa ocorrência (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007; PETTA; BASSALOBRE; ALDRIGHI, 2005).

- Aumento de peso: esse aumento é de, aproximadamente, 1,5 a 2 kg ao fim do primeiro ano de uso. No entanto, algumas usuárias continuam ganhando peso, mesmo após o primeiro ano. Controle dietético pode auxiliar na prevenção do ganho de peso (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001; PETTA; BASSALOBRE; ALDRIGHI, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).
- Cefaleia, sensibilidade mamária, desconforto abdominal, alterações do humor, náuseas, queda de cabelos, diminuição da libido, acne.

Riscos

- Redução da densidade mineral óssea: a provável influência do AMP-D sobre o osso tem sido estudada, uma vez que a densidade óssea pode ser alterada pelo seu uso. Quando usado na menacme (menarca), o bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-ovário causa supressão na produção de estrogênio, que aumenta a reabsorção óssea. As alterações provocadas pelo AMP-D, em geral, parecem ser leves, sendo necessários mais estudos até que esse efeito seja totalmente esclarecido e seu risco completamente definido (PETTA; BASSALOBRE; ALDRIGHI, 2005).
- Alteração do metabolismo lipídico: algumas pesquisas demonstram mudanças nos níveis de triglicerídeos e colesterol e redução do HDL-colesterol. Existe a preocupação de que os baixos níveis de HDL-colesterol estejam relacionados com a maior formação de ateromas e coronariopatias. O uso do AMP-D em mulheres com coronariopatia ou que tenham risco aumentado para arteroesclerose não deve ser a primeira opção (PETTA; BASSALOBRE; ALDRIGHI, 2005).

Pontos-chave

- Diminui a incidência de gravidez ectópica, câncer de endométrio, doença inflamatória pélvica (DIP), mioma uterino.
- Pode ajudar a prevenir câncer de ovário e cistos de ovário.
- Pode ajudar a diminuir a frequência de crises de falcização, em portadoras de anemia falciforme, por promover estabilização da membrana das hemácias.
- Pode ajudar a diminuir a frequência de crises convulsivas, em portadoras de epilepsia.
- Muito eficaz e seguro
- Alterações no ciclo menstrual são comuns
- Atraso no retorno da fertilidade
- Pode ser usado durante a amamentação

- Não tem as contraindicações dos contraceptivos orais e injetáveis combinados, por não possuir o componente estrogênico.
- **Não protege contra DST/HIV/Aids.**

Modo de uso – instruções às usuárias

- É recomendável o uso de 150 mg trimestralmente.
- A primeira injeção deve ser feita até o sétimo dia do início da menstruação. As aplicações subsequentes devem ocorrer a cada três meses, independentemente da menstruação. O prazo máximo permitido entre cada injeção subsequente é de duas semanas antes ou depois da data prevista. Para mulheres que tenham recebido a primeira injeção depois do sétimo dia do início da menstruação, aconselhar o uso de método adicional, de barreira, durante sete dias, até que o AMP-D comece a exercer seu efeito anticonceptivo.
- Oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso.
- A mulher deve procurar retornar a tempo para a próxima injeção, que deve ser aplicada a cada 90 dias. Porém ela pode vir até duas semanas mais cedo ou até duas semanas mais tarde.
- Se houver atraso de mais de duas semanas para a nova injeção, a mulher deve usar *condom* ou evitar relações sexuais até a próxima injeção.
- Deve-se aplicar por via intramuscular profunda, na parte superior do braço (músculo deltoide) ou na nádega (músculo glúteo, quadrante superior lateral).
- Após a aplicação, não deve ser feita massagem ou aplicação de calor local, o que pode acelerar o metabolismo e diminuir a eficácia.
- É obrigatório uso de seringas e agulhas estéreis e descartáveis, agitando-se bem a ampola do anticoncepcional, para homogeneizar a suspensão, e aspirando-se todo o conteúdo para a administração da dose adequada.

Interação medicamentosa

Não tem sido demonstrada interação com antibióticos. Não há interação clínica significativa, demonstrada até o momento, com os antirretrovirais (ARV) disponíveis para o controle de infecção pelo HIV.

Atuação do profissional de saúde

- Primeira consulta:
  - Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso do injetável trimestral.
  - Fazer exame físico geral, exame ginecológico, incluindo o exame de mamas (ensinar o autoexame).

- Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método, levando em consideração os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher.
- Explicar detalhadamente a possibilidade da ocorrência de irregularidades menstruais e outros sintomas.
- Recomendar à mulher que informe o uso do injetável sempre que for a qualquer consulta médica, mesmo que isso não lhe seja perguntado.
- Orientar que é absolutamente necessário procurar assistência médica imediata diante de suspeita de gravidez ou intolerância às irregularidades menstruais.
- Esclarecer que a injeção trimestral não protege contra DST/HIV/Aids.
- Incentivar a adoção da dupla proteção – uso associado do preservativo, masculino ou feminino, com o injetável trimestral.
- É recomendável o uso da anticoncepção de emergência na ocorrência de coito desprotegido, quando houver atraso em mais de 15 dias na administração da injeção.
- O fornecimento do método pode ser feito pelo serviço de saúde, independentemente de ter ocorrido consulta naquele serviço.

• **Consultas de retorno:** o primeiro retorno deve ser em três meses, em que também se fará a aplicação de nova injeção. Se o retorno em três meses não for possível naquele serviço, fornecer uma receita e uma dose da injeção para que seja aplicada em três meses e agendar o retorno em seis meses. Os retornos subsequentes devem ser anuais. Retornos mais frequentes para usuárias com patologias associadas, tais como hipertensão arterial leve, diabetes, entre outras. A mulher deve retornar mesmo que esteja muito atrasada para uma nova dose, para avaliar a possibilidade de gravidez e receber nova injeção. Nas consultas de retorno:

- Avaliar as condições de uso do injetável trimestral – regularidade na aplicação da injeção, tolerância, aceitabilidade, entre outras.
- Indagar sobre a satisfação com o método em uso.
- Checar o modo de uso do método – reorientar.
- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso do injetável trimestral.
- Avaliar peso e pressão arterial em cada retorno.
- Realizar exame físico geral anual.
- Realizar exame ginecológico anual, incluindo o exame de mama.
- Colher material para colpocitologia oncótica, de acordo com o protocolo vigente.
- O fornecimento sistemático do injetável trimestral não precisa estar vinculado a uma consulta naquele serviço de saúde.

Sinais de alerta

- Sangramento volumoso e incômodo.
- Cefaleia intensa que começou ou piorou após ter iniciado o AMP-D.
- Icterícia.

Manejo de intercorrências ou complicações

É importante não menosprezar as queixas da usuária. Se a mulher está preocupada, procurar tranquilizá-la. Se a mulher continuar insatisfeita após o tratamento e orientação, ajudá-la a escolher outro método, se ela assim o desejar.

- **Atraso de mais de duas semanas para uma nova injeção**, e trata-se de uma mulher sexualmente ativa, investigar a possibilidade de gravidez. Se a possibilidade de gravidez é nula ou pequena, a mulher pode continuar a usar o AMP-D, se assim o desejar.
- **Manchas ou sangramento no intervalo entre as menstruações:** tranquilizar a mulher explicando que manchas ou sangramento no intervalo entre as menstruações é normal e muito comum durante os primeiros meses de uso do AMP-D. Se algum problema ginecológico for detectado, tratar.
- **Amenorreia:** tranquilizar a mulher, explicando que a amenorreia é frequente entre as usuárias de AMP-D e não significa um problema de saúde. Explicar também que a amenorreia não significa que ela não poderá ficar grávida após interromper o AMP-D. Também não significa que entrou na menopausa precocemente. Se a mulher completou 50 anos ou mais, interromper o AMP-D por nove meses e verificar se a menstruação retorna. A mulher deve usar método de barreira no período. Onde está disponível a dosagem de FSH no sangue pode ser um excelente indicador para permitir suspender o uso de AMP-D, em mulheres com amenorreia e com idade de 50 anos ou mais. Se o FSH for superior a 30 mUI/ml, o AMP-D pode ser suspenso sem risco de gravidez. Se há sintomas ou razões para a suspeita de gravidez, investigar adequadamente.
- **Sangramento mais volumoso e incômodo:** se o sangramento sugere condição subjacente, investigar e tratar a condição. Se o sangramento não tem causa aparente e não há contraindicação ao uso de estrogênio, podem ser usados anticoncepcionais orais combinados de baixa dosagem, um por dia, por 7 a 21 dias, por dois ou três ciclos, ou anticoncepcionais orais combinados com 30 a 50 mcg de etinilestradiol, um por dia, durante 7 a 21 dias, por dois ou três ciclos. Podem ser usados também inibidores de prostaglandinas. Sugerir a ingestão de alimentos ricos em ferro ou suplementação com ferro, se necessário.
- **Sangramento vaginal anormal e inexplicado**, que sugira doença de base subjacente: explicar à mulher que pode continuar usando o injetável trimestral enquanto submete-se à investigação. Avaliar a possibilidade de gravidez.

- **Cefaleia leve:** sugerir o uso de analgésico.
- **Cefaleia intensa com visão turva:** a mulher portadora de enxaqueca pode usar o AMP-D. Ela deve, entretanto, trocar por um método não hormonal se a enxaqueca começou ou piorou após ter iniciado o uso do AMP-D ou é acompanhada de visão turva, perda temporária de visão, escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague, ou dificuldades para falar ou locomover-se.

Critérios de elegibilidade clínica para uso do injetável trimestral – acetato de medroxiprogesterona de depósito – AMP-D

Os critérios de elegibilidade clínica para uso do injetável trimestral são os mesmos que para o conjunto dos anticoncepcionais apenas de progestogênio e foram relacionados neste manual no tópico que se refere à minipílula.

IMPLANTES SUBCUTÂNEOS

Os implantes são métodos contraceptivos constituídos de um sistema de silicone polimerizado com um hormônio no seu interior, responsável pelo efeito anticoncepcional quando liberado na corrente sanguínea. Esse sistema é disponível atualmente no Brasil à base de progestagênio. O mais comercializado contém etonogestrel (3-keto-desogestrel).

Tipos e composição

Os implantes atualmente existentes são:

- Implantes que contêm levonorgestrel: norplant e norplant 2.
- Implantes que contêm acetato de nomegestrol: uniplant.
- Implantes que contêm nestorone ou elcometrina: elmetrin.
- Implantes que contêm etonogestrel (3-keto-desogestrel): implanon.

O implante contendo etonogestrel é o mais comercializado no Brasil. Trata-se de um sistema contendo 68 mg de etonogestrel cristalino, em um transportador de etilenovinilacetato, que consiste de um bastonete de 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro.

A taxa de liberação "in vitro" desse implante é de aproximadamente 60-70 mcg/dia de etonogestrel durante a semana 5 e 6 de uso, diminuindo para aproximadamente 35-45 mcg/dia no final do primeiro ano, 30-40 mcg/dia no final do segundo ano e 25-30 mcg/dia no final do terceiro ano.

Mecanismo de ação

- **Inibição da ovulação:** estudos realizados mostram ausência de ciclos ovulatórios nos primeiros dois anos de uso. Após dois anos e meio de uso, a ovulação começa a ocorrer em menos de 5% das usuárias.

- **Muco cervical:** aumenta a viscosidade do muco cervical, inibindo a penetração dos espermatozoides.
- **Efeitos endometriais:** diminuição da espessura do endométrio, até espessura média de 4 mm. Nos estudos realizados, a maioria das mulheres apresentou endométrio inativo ou fracamente proliferativo. Não foram observados casos de atrofia, hiperplasia, neoplasia ou câncer do endométrio.

Eficácia e reversibilidade

A taxa de gravidez acumulada até três anos foi de zero. Por sua vez, o efeito contraceptivo dos implantes é suspenso tão logo sejam removidos, e o retorno à fertilidade é imediato. As pesquisas mostraram ovulação três a seis semanas após a sua remoção. A taxa de gravidez ectópica do implante que contém etonogestrel é considerada mínima.

Prazo de validade e duração de uso

O implante que contém etonogestrel é acondicionado em embalagem estéril, com um aplicador pré-carregado, contendo 1 (um) implante. O prazo de validade que consta na embalagem é de três anos, de acordo com o fabricante. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem.

O implante com etonogestrel está aprovado para três anos de uso. A efetividade é igual durante todo o período de uso. Não há necessidade de períodos de "descanso" para inserir novo implante após a mulher ter usado o anterior por três anos.

Efeitos secundários

São efeitos secundários do implante com etonogestrel:

- Sangramento: o sangramento frequente ocorreu em 6% das mulheres, e o sangramento prolongado, com mais de 14 dias consecutivos, ocorreu em 11,8% das usuárias
- Amenorreia: 20,7% das usuárias entram em amenorréia.
- Outros efeitos: acne (presente em 59% das mulheres usuárias), dor nas mamas, cefaleia, aumento de peso, dor abdominal, diminuição da libido, tonturas, inflamação ou infecção no local dos implantes, labilidade emocional, cistos ovarianos.

Riscos

- Os métodos só de progestogênio apresentam menos riscos que os hormonais combinados. O fato de ser administrado pela via subcutânea evita a primeira passagem pelo fígado, reduzindo os efeitos sobre esse órgão.

Pontos-chave

- Método de longa duração: o implante com etonogestrel dura três anos.
- Muito eficaz.
- Previne gravidez ectópica.
- Rapidamente reversível: o retorno da fertilidade ocorre rapidamente após a remoção do implante; os estudos mostraram retorno da ovulação três a seis semanas após a sua remoção.
- Pode ser usado como coadjuvante no tratamento da dismenorreia.
- Não previne contra DST/HIV/Aids.

Modo de uso

Os implantes deverão ser inseridos por profissional devidamente treinado, com técnica de assepsia adequada e bloqueio anestésico local. A inserção é feita no subcutâneo da face interna do braço, no esquerdo das mulheres destras e no direito das canhotas, a cerca de quatro dedos transversos acima da prega do cotovelo. O implante é acondicionado em embalagem estéril com um conjunto de trocater e êmbolo, podendo ser feita pequena incisão para entrada do trocater com lâmina de bisturi ou com o próprio trocater.

Sinais de alerta

- **A mulher acha que pode estar grávida,** especialmente se ela apresenta sintomas de gravidez ectópica, tais como sangramento vaginal anormal, dor abdominal ou sensibilidade abdominal, desmaios.
- **Dor pélvica intensa.**
- **Infecção no local da inserção.**
- **Sangramento menstrual abundante**, pelo menos duas vezes mais abundante ou prolongado do que o usual.
- **Cefaleia intensa**, que começou ou piorou após iniciar o uso do implante.
- **Icterícia.**

Manejo de intercorrências ou complicações

- **Amenorreia:** tranquilizar a usuária informando que a amenorreia é normal entre as usuárias dos implantes e que não é prejudicial à saúde. Se ela considerar a amenorreia inaceitável, remover o implante e ajudá-la a escolher outro método.
- **Sangramento irregular ou *spotting*:** tranquilizar a usuária informando que o sangramento entre as menstruações é muito comum e normal, especialmente nos primeiros três a seis meses de uso e não é prejudicial à saúde. Se a mulher continua considerando o sangramento inaceitável e não há contraindicação ao uso de estrogênio, oferecer:

  - Um ciclo de anticoncepcionais orais combinados de baixa dosagem. A pílula contendo um estrogênio e o progestogênio levonorgestrel é a melhor escolha para controlar o sangramento; ou
  - Ibuprofeno ou outro agente anti-inflamatório não esteroide, exceto aspirina.
  - Se algum problema ginecológico for diagnosticado, o profissional de saúde deve oferecer tratamento ou encaminhar a mulher, ficando alerta para a possibilidade de gravidez ectópica.
  - Se a mulher está grávida, remover o implante ou encaminhá-la para remoção.
  - Se o diagnóstico é doença inflamatória pélvica ou doença sexualmente transmissível, o implante não precisa ser removido.

- **Sangramento abundante ou prolongado:** é raro, mas requer atenção.
  - Se uma condição anormal provoca o sangramento, tratar a condição ou encaminhar para tratamento.
  - Se não tiver uma condição anormal provocando o sangramento, tratar com anticoncepcionais orais combinados de baixa dosagem ou anti-inflamatórios não esteroides. Pílulas contendo 50 microgramas de estrogênio podem ser necessárias.
  - Verificar a presença de anemia e tratar, se houver.
  - Estimular a ingestão de alimentos ricos em ferro.
- **Sangramento vaginal anormal e inexplicado que sugere gravidez ou condição médica subjacente:**
  - A mulher pode continuar usando o implante enquanto a condição é avaliada.
  - Explicar que o implante comumente provoca mudança no padrão menstrual e que isso não é nocivo para a saúde.
  - Avaliar e tratar qualquer problema médico subjacente, ou encaminhar para cuidado.
- **Dor intensa em baixo ventre:** investigar para descartar a possibilidade de cistos ovarianos, torção de folículos ovarianos, tumor de ovário, doença inflamatória pélvica, apendicite, gravidez ectópica ou rotura de tumor hepático.
  - Se a dor é provocada por gravidez ectópica, tratar ou encaminhar. Retirar o implante e ajudar a mulher a escolher outro método.
  - Se a dor é causada por cistos de ovário, não é necessário remover o implante. Assegurar à mulher que os cistos geralmente desaparecem espontaneamente, sem necessidade de cirurgia. Reavaliar em três semanas.
  - Se a dor se deve a outros problemas, não é necessário remover o implante. Tratar o problema ou encaminhar para tratamento.
- **Dor após a inserção da cápsula:**
  - Assegurar-se de que o curativo no braço não está muito apertado.
  - Trocar o curativo.

- Não pressionar o implante se a área está sensível.
- Tratar com anti-inflamatório não esteroide.

- Infecção ou abscesso no local da inserção:

  Existe infecção, mas sem abscesso:

  - Não retirar o implante.
  - Limpar a área infectada com água e sabão ou antisséptico.
  - Prescrever antibiótico por via oral por sete dias e solicitar à mulher para retornar dentro de uma semana. Se após esse tempo não houver melhora, retirar o implante ou encaminhar para remoção.

  Existe abscesso:

  - Limpar a área com antisséptico, fazer uma incisão e drenar o pus.
  - Remover o implante ou encaminhar para remoção.
  - Tratar a ferida.
  - Se existe infecção cutânea importante, prescrever antibiótico oral durante sete dias.

Critérios de elegibilidade clínica para uso de implantes subcutâneos

Os critérios de elegibilidade clínica para uso dos implantes subcutâneos são os mesmos que para o conjunto dos anticoncepcionais apenas de progestogênio e estão relacionados neste manual, no tópico que trata sobre a minipílula.

MÉTODOS DE BARREIRA

Os métodos de barreira são aqueles que impedem a trajetória do espermatozoide em direção ao óvulo, impondo obstáculos mecânicos e/ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical.

Os métodos de barreira disponíveis são: condons masculinos e femininos; diafragma; espermaticidas; capuz cervical; e esponjas vaginais.

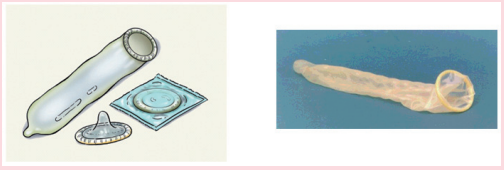
Os aspectos favoráveis atribuídos aos métodos de barreira são os seguintes:

- O ***condom* masculino e o feminino** constituem atualmente os **únicos métodos de planejamento reprodutivo que protegem contra a transmissão de DST/HIV/Aids**.
- São métodos elegíveis para todas as pessoas que não estão dispostas a usar métodos hormonais, DIU, métodos comportamentais ou anticoncepção cirúrgica.
- Apesar de alguns métodos de barreira requererem mais tempo para o aprendizado de seu uso, suas vantagens são consideráveis.
- Não possuem efeitos sistêmicos.
- Possuem poucos efeitos colaterais locais.
- Indicados em pessoas portadoras de doenças endocrinometabólicas.
- A eficácia dos diversos métodos de barreira aumenta com a associação deles.
- Existem raras contraindicações para o seu uso.
- Dispensam prescrição.

- Não requerem acompanhamento médico especializado.
- O retorno à fertilidade é imediato.

CONDOM OU PRESERVATIVO OU CAMISINHA MASCULINA

Consiste em um envoltório de látex, poliuretano ou silicone, bem fino, porém resistente, que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação, impedindo o contato com a vagina, assim como impede que os microorganismos da vagina entrem em contato com o pênis e vice-versa. **É um método que, além de evitar a gravidez, reduz o risco de transmissão de DST/HIV/Aids.**



Tipos

A maioria é feita de látex; podem ser secos ou lubrificados. Alguns *condons* são lubrificados com silicone ou lubrificantes à base de água e alguns são revestidos com espermicidas além do lubrificante. Atualmente, estão disponíveis em grande variedade de tamanhos, formas, cores e texturas.

Mecanismo de ação

Os *condons* ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto as DST/HIV/Aids. Usados corretamente, eles não permitem que os espermatozoides e os microorganismos contidos no sêmen entrem em contato com a vagina; também impedem que os microorganismos da vagina penetrem no pênis.

Eficácia

É importante destacar que o *condom* **deve ser usado corretamente, em todas as relações sexuais, para ser altamente eficaz**. Muitos homens não usam o condom adequadamente ou não o usam em todas as relações sexuais. Nesses casos, eles correm o risco de engravidar a parceira, de contrair ou de transmitir uma DST. O condom é o único meio de proteção contra a transmissão sexual do HIV.

Quando usado da forma mais comum, habitual, tem eficácia média para prevenir a gravidez: taxa de gravidez de 14 para cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (14%).

Tem maior eficácia para prevenir a gravidez quando usado corretamente, em todas as relações sexuais: taxa de gravidez de três em cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (3%).

Sua eficácia depende de seu uso correto, da motivação do casal em usá-lo a cada relação sexual, do tempo de experiência com o método e da qualidade do produto, que por sua vez pode ser afetada pelo armazenamento inadequado, principalmente por parte do usuário.

Com relação às DST, os *condons* oferecem proteção contra o HIV/Aids, gonorreia, sífilis, clamídia e tricomoníase. Oferecem menor proteção contra o herpes genital, vírus do condiloma genital (HPV) e outras doenças que causam ulcerações na pele desprotegida.

Prazo de validade

O prazo de validade do *condom* varia de três a quatro anos, de acordo com o fabricante. Em nenhuma hipótese, preservativos com o prazo de validade vencido devem ser utilizados ou distribuídos. A data de fabricação e a data de validade estão impressas no invólucro. O profissional de saúde, ao fornecer os *condons*, deve entregar primeiro aqueles mais próximos do prazo de vencimento. Deve também orientar as pessoas para verificarem o prazo de validade ao adquirir o produto.

Efeitos secundários

- Alergia ao látex.
- Irritação vaginal devido à fricção, quando se usa preservativo não lubrificado.

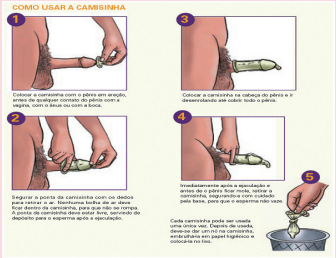
Benefícios não contraceptivos

- Ausência de efeitos sistêmicos.
- Redução de risco de transmissão do HIV e de outras DST.
- Redução da incidência das complicações causadas pelas DST.
- Podem proteger as mulheres da doença inflamatória pélvica (DIP).
- Previnem ou detêm o desenvolvimento de anormalidades nas células do colo uterino, que podem levar ao câncer cervical.
- Na fase inicial da gestação, podem prevenir a infecção do líquido amniótico, que pode desencadear parto prematuro. Podem ser usados para prevenir DST durante a gravidez.
- Auxiliam a prevenir a ejaculação precoce, pois reduzem um pouco a sensibilidade.

Modo de uso – instruções aos usuários(as)

Inicialmente, explicar por que é importante usar o *condom* em todas as relações sexuais:

- Um único ato sexual desprotegido pode resultar em gravidez ou em DST.
- Pela aparência, não se pode identificar quem é portador de uma DST. Uma pessoa portadora de uma DST, inclusive HIV/Aids, pode parecer saudável.



Sempre que possível, mostre ao usuário(a) como colocar e retirar os condons. Para tanto pode ser usado modelo, pedaço de pau, banana, ou dois dedos juntos. Sugerir a um novo usuário que pratique algumas vezes sozinho, antes de ter a sua próxima relação sexual.

Outras orientações importantes

1. Qualquer lubrificante à base de água pode ser usado. A maioria das camisinhas vem lubrificada. São lubrificantes à base de água: gel lubrificante, geleias ou cremes espermicidas, glicerina. Água e saliva também podem ser usadas. O lubrificante ajuda a manter o *condom* intacto durante a relação sexual. A secreção vaginal também age como lubrificante.
2. **Não utilizar lubrificante à base de óleo.** A maioria danifica os condons. Não usar óleo de cozinha, óleo de bebê, óleo de coco, óleo mineral, vaselina, loções para a pele, filtro solar, cremes frios, manteiga.
3. Orientar o uso da anticoncepção de emergência para evitar a gravidez, em caso de ruptura da camisinha ou quando ocorrer vazamento do esperma.

Atenção: nunca se deve usar duas camisinhas ao mesmo tempo, nem masculina com feminina, nem duas camisinhas masculinas, nem duas femininas, pois o risco de rompimento é maior.

Dicas sobre como cuidar e manusear os condons

- Armazenar os *condons* em lugar fresco e escuro, se possível. Calor, luz e umidade os danificam. Por exemplo: evitar deixá-los em porta-luvas de automóveis, em carteiras de dinheiro ou bolso da calça.
- Se possível, usar *condons* lubrificados que vêm embalados em pacotinhos quadrados à prova de luz. A lubrificação ajuda a prevenir ruptura do látex.
- Manuseá-los com cuidado. Unhas e anéis podem rasgá-los.
- Não desenrolar um *condom* antes de usá-lo. Isso pode tornar a borracha mais fraca. Além disso, um condom desenrolado é mais difícil de ser colocado.
- Usar sempre outro *condom* quando:
  - Veio em pacote danificado ou rasgado.
  - Passou do prazo de validade.
  - Parece irregular e apresenta coloração alterada.
  - Parece quebradiço, seco ou pegajoso.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com o usuário a técnica de uso do método.
- Reforçar o aconselhamento. Insistir na importância e necessidade de utilizar o preservativo em todas as relações sexuais.

- Recomendar que os preservativos sejam guardados em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao indivíduo ou casal.
- Considerar o oferecimento de outro método contraceptivo, para uso associado ao preservativo, com vista à redução do risco de gravidez por falha de uso do método.
- Na ocorrência de coito desprotegido ou ruptura do preservativo, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar o uso correto, efeitos secundários e fornecer as orientações que se fizerem necessárias.
- Podem ser feitas por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- O **fornecimento sistemático** dos preservativos masculinos **não precisa estar vinculado à consulta com profissional de saúde ou ao comparecimento em palestras e não necessita de receita médica**.
- Primeiro retorno depois de um mês e demais retornos anuais.

CONDOM OU PRESERVATIVO OU CAMISINHA FEMININA

O *condom* feminino, também conhecido como camisinha ou preservativo feminino, é um saco transparente de poliuretano, macio e fino, para uso vaginal, constituído de dois anéis flexíveis em cada extremidade, medindo 17 cm de comprimento. Um anel, o menor, que está posicionado na extremidade fechada do *condom*, será colocado internamente na vagina, encaixando-se no colo do útero; o outro, maior, vai se adaptar externamente à vulva, servindo de fixação e recobrindo os lábios vaginais, impedindo, assim, que o dispositivo entre na vagina. É pré-lubrificado com substância siliconada, inerte, não espermaticida. **O produto deve ser usado uma única vez**. Trata-se de um **método de proteção contra DST/HIV/Aids e de anticoncepção sob o controle da mulher**.

Mecanismo de ação

Os *condons* ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto as DST/HIV/Aids. Usados corretamente, não permitem que os espermatozoides e os microorganismos contidos

no sêmen entrem em contato com a vagina; também impedem que os microorganismos da vagina penetrem no pênis.

Eficácia

É importante destacar que o *condom* feminino **deve ser usado corretamente, em todas as relações sexuais, mesmo durante a menstruação, para ser altamente eficaz.**

Quando usado da forma mais comum, habitual, tem eficácia média para prevenir a gravidez: taxa de gravidez de 21 para cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (21%).

Tem maior eficácia para prevenir a gravidez quando usados corretamente, em todas as relações sexuais: taxa de gravidez de 5 em cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (5%).

Sua eficácia depende de seu uso correto, da motivação do casal em usá-lo a cada intercurso sexual, do tempo de experiência com o método e da qualidade do produto, que por sua vez pode ser afetada pelo armazenamento inadequado, principalmente por parte do usuário.

Com relação às DST, os *condons* oferecem proteção contra o HIV/Aids, gonorreia, sífilis, clamídia e tricomoníase. Oferecem menor proteção contra o herpes genital, vírus do condiloma genital (HPV) e outras doenças que causam ulcerações na pele desprotegida.

Prazo de validade

A data de fabricação e a data de validade estão impressas no invólucro. Em nenhuma hipótese, preservativos com o prazo de validade vencido devem ser utilizados ou distribuídos. O profissional de saúde, ao fornecê-los, deve entregar primeiro aqueles mais próximos do prazo de vencimento. Deve também orientar as pessoas para verificarem o prazo de validade ao adquirir o produto.

Algumas características que podem facilitar o uso do método

- É um método controlado pela mulher. A camisinha feminina dá maior autonomia à mulher sobre o seu corpo e sua vida sexual, quando as mulheres têm dificuldade de negociar o uso da camisinha masculina com o parceiro.
- Planejado para prevenir tanto a gravidez quanto as DST.
- Parece não haver condições clínicas que limitem o seu uso.
- É confortável, tanto para o homem quanto para a mulher.
- É inserido antes da relação sexual, provocando menos interrupções do ato sexual. Pode ser colocado na vagina imediatamente antes da penetração ou até oito horas antes da relação sexual.
- Não precisa ser retirado imediatamente após a ejaculação.

- É fácil de remover.
- Menor perda de sensibilidade.
- O poliuretano é mais forte do que o látex empregado nos condons masculinos.
- Pode ser usado com lubrificante à base de óleo.
- Não apresenta efeitos colaterais aparentes, nem reações alérgicas.

Dificuldades para o uso do método

- Preço elevado.
- Dificuldade de colocação, que pode ser superada com orientação adequada.
- A vergonha de mostrar o preservativo ao parceiro.
- O deslocamento do *condom* durante o ato sexual, com receio do preservativo escapar da vagina, que pode ser contornado com a fixação manual.
- Durante a penetração, o *condom* feminino pode provocar um pequeno ruído durante a relação sexual. A adição de lubrificante dentro do *condom* ou diretamente no pênis pode evitar esse acontecimento.
- É inapropriado para algumas posições sexuais.
- Embora seu tamanho seja adequado à vagina, algumas mulheres podem achá-lo muito grande.

Atenção: o preservativo feminino não deve ser usado junto com o preservativo masculino porque o atrito aumenta o risco de rompimento.

Benefício não contraceptivo

- Ausência de efeitos sistêmicos.
- Redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis.
- Auxilia na prevenção do câncer de colo de útero.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Reforçar o aconselhamento. Insistir na importância e necessidade de utilizar o preservativo em todas as relações sexuais, mesmo durante a menstruação.
- Recomendar que os preservativos sejam guardados em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao casal.
- Na ocorrência de coito desprotegido, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar o uso correto, efeitos secundários e fornecer as orientações que se fizerem necessárias.
- Podem ser feitas por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- O **fornecimento sistemático** do método **não precisa estar vinculado à consulta com profissional de saúde**.
- Primeiro retorno depois de um mês e demais retornos anuais.

DIAFRAGMA

O diafragma é um método vaginal de anticoncepção que consiste em um capuz macio de látex ou de silicone côncavo, com borda flexível, que recobre o colo uterino.

Existem diafragmas de diversos tamanhos, sendo necessária a medição por profissional de saúde treinado para determinar o tamanho adequado a cada mulher. O produto de fabricação nacional está disponível nos tamanhos: 60 mm, 65 mm, 70 mm, 75 mm, 80 mm e 85 mm.

Mecanismo de ação

O diafragma impede a penetração dos espermatozoides no útero e trompas.

Eficácia

A eficácia depende do uso do diafragma de forma correta, todas as vezes em que a mulher tenha relação sexual.

Em uso rotineiro, não consistente, são pouco eficazes: a taxa de gravidez é de 20 para cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso.

Usados correta e consistentemente são eficazes: a taxa de gravidez é de 6 para cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso.

Prazo de validade

A durabilidade do diafragma é de aproximadamente dois a três anos, se observadas as recomendações do produto; após esse período deverá ser trocado.

Efeitos secundários

Raramente ocorrem. Ocasionalmente, pode haver irritação vaginal devido aos agentes espermicidas empregados. Nesse caso, aconselha-se mudança do produto. O posicionamento inadequado ou a manutenção do diafragma na vagina por período superior a 24 horas poderá acarretar irritação da mucosa vaginal e infecções urinárias.

Benefícios não contraceptivos

- Ausência de efeitos sistêmicos.
- Prevenir algumas DST (cervicites) e suas complicações.
- Possivelmente auxilia na prevenção do câncer de colo de útero.

Pontos-chave

- É um método controlado pela mulher.
- Previne algumas DST e complicações por elas causadas, especialmente gonococos e clamídia.
- Não protege contra HIV, HPV, herpes genital e tricomonas porque não recobre a parede vaginal e a vulva.
- Previne a gravidez, se utilizado correta e consistentemente.

Técnica de medição do diafragma

Existem diafragmas de diversos tamanhos, sendo necessária a medição por profissional de saúde treinado para determinar o tamanho adequado a cada mulher.

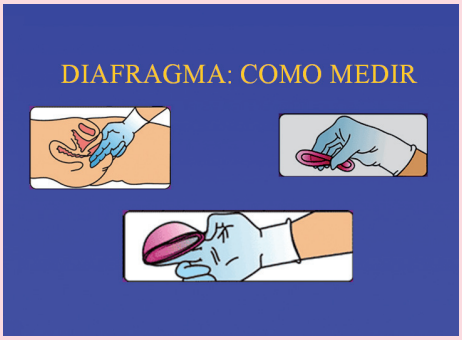
O tamanho adequado do diafragma para cada mulher corresponde ao comprimento diagonal do canal vaginal, desde a face posterior da sínfise púbica até o fundo do saco vaginal posterior.

A medição deve ser feita por meio da seguinte técnica:

- Introduzir os dedos indicador e médio na vagina, até que a extremidade do dedo médio atinja o fundo do saco vaginal posterior.
- Em seguida, com a ponta do polegar da mesma mão ou com o dedo de outra mão, marcar o local em que o dedo indicador toca a sínfise púbica.

- Retirar os dedos da vagina e medir o diâmetro aproximado.
- A distância da ponta do polegar e o local onde o dedo médio toca o fundo da vagina corresponde ao diâmetro aproximado.
- Partindo de um número inferior ao diâmetro aproximado, determinado pelo toque vaginal, experimentar as variações de 5 em 5 mm, por meio dos anéis medidores do diafragma ou, na ausência destes, de um jogo de diafragmas de amostra. Os diafragmas devem ser experimentados um a um, até se encontrar o que melhor se adapte à vagina.
- O anel (ou a borda do diafragma) deve tocar as paredes laterais da vagina e se assentar confortavelmente entre a sínfise púbica e o fundo de saco posterior.
- Como regra prática, deve-se usar o maior tamanho que, adaptando-se perfeitamente à vagina, não fique deformado e não seja percebido, causando desconforto à mulher.

Observação: para reutilização em outras mulheres, tanto os anéis medidores quanto os diafragmas de amostra devem ser lavados com água e sabão e mergulhados em solução antisséptica por, no mínimo, 30 minutos (por exemplo: glutaraldeído 2%, hipoclorito de sódio 1% ou álcool 70%). Enxaguar bem.



Medir novamente o diafragma após cada parto, abortamento de segundo trimestre, cirurgia vaginal ou perineal, a cada dois anos ou caso ocorra aumento ou diminuição de peso superior a dez quilos. O ideal é a avaliação do diafragma a cada ano, por ocasião do exame de rotina.

Modo de uso – instruções às usuárias

Inicialmente, é necessário exame ginecológico para afastar alterações que possam inviabilizar seu uso, tais como anormalidades anatômicas da vagina, colo e útero, prolapso uterino, cisto ou retoceles pronunciadas, retroversão uterina acentuada e fístulas vaginais.

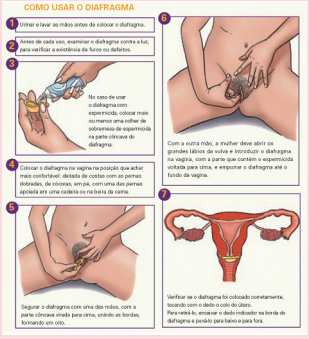
A mulher pode começar a usar o diafragma a qualquer momento durante o ciclo menstrual. Entretanto, não pode ser ajustado antes de 6 a 12 semanas após um parto a termo ou um aborto no segundo trimestre. O ajuste somente poderá ser feito quando o colo e o útero retornarem ao tamanho normal.

Antes que a mulher comece a usar o diafragma, é importante que aprenda a identificar o colo do útero por meio do autotoque vaginal da seguinte forma:

- Após lavar as mãos, introduzir o dedo médio na vagina, dirigindo-o para trás.
- Movendo suavemente o dedo dentro da vagina, procurar o colo uterino, cuja forma e consistência se assemelham à ponta do nariz.
- Quando colocar o diafragma, a usuária deve ser capaz de sentir o colo do útero por meio da borracha, portanto deve estar bem familiarizada com tal identificação.

Algumas considerações importantes sobre o uso do diafragma

- O diafragma deve ser colocado em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato entre o pênis e a vagina.
- Pode ser colocado na hora da relação sexual ou, no máximo, duas horas antes.
- Pode ser usado com ou sem geleia espermicida.
- O diafragma só deve ser retirado de seis a oito horas após a última relação sexual, não devendo permanecer mais de 24 horas, com a finalidade de se evitar efeitos colaterais.
- Quando a mulher está bem orientada, a colocação do diafragma é tão simples quanto a de uma lente de contato e não dói.
- Não deve ser usado durante a menstruação.
- Imediatamente depois de retirar o diafragma, deve-se lavá-lo com água e sabão neutro, secá-lo bem com um pano macio e guardá-lo em um estojo, em lugar seco, fresco, não exposto à luz do sol. Não se deve polvilhar o diafragma com talcos, pois podem danificá-lo ou causarem irritação na vagina ou no colo do útero.
- Quando o diafragma está bem colocado, não atrapalha a relação sexual, nem é percebido pelo homem.



Atenção: a detecção de DST é motivo para suspender o uso do método. O retorno ao uso ficará condicionado à cura da infecção e reavaliação de risco de nova DST e infecção pelo HIV.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Determinar o tamanho adequado do diafragma.
- Testar a medida correta por meio do toque vaginal, com o diafragma já colocado.
- Solicitar que a usuária retire e recoloque o diafragma, verificando, então, pelo toque, se a colocação está correta.
- Pedir à mulher que se locomova, sente-se e abaixe-se com o diafragma colocado, durante alguns minutos, para verificar se sente algum desconforto.
- Orientar a mulher a colocar e remover o diafragma várias vezes na primeira semana, até que possa fazê-lo facilmente e esteja segura de sua correta colocação. Durante essa semana de aprendizagem, recomendar abstinência sexual ou o uso do preservativo masculino isolado ou associado ao método anterior.
- Orientar a mulher para urinar sempre após as relações sexuais de forma a evitar infecções do trato urinário.
- Agendar o retorno dentro de uma semana, orientando a mulher para que venha com o diafragma colocado.
- Reforçar o aconselhamento. Insistir na importância e necessidade de utilizar o diafragma em todas as relações sexuais. Considerar o oferecimento do preservativo masculino para uso associado ao diafragma, com vistas à dupla proteção.
- A orientação e a medição para uso do diafragma pode ser feita por médico(a) ou enfermeira(o).
- Na ocorrência de coito desprotegido, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Primeiro retorno (uma semana após a primeira consulta):

- Verificar se a colocação do diafragma está correta, pelo toque vaginal.
- Solicitar que a mulher retire e recoloque o diafragma. Verificar a exatidão da técnica.
- As consultas de retorno podem ser feitas pelo médico(a) ou pela(o) enfermeira(o).
- Agendar o novo retorno para 30 dias, recomendando que a mulher traga consigo o seu diafragma. Demais retornos anuais.

ESPERMATICIDAS

São substâncias químicas que, quando introduzidas na vagina, destroem ou imobilizam os espermatozoides ou ainda inativam as enzimas necessárias para a penetração deles no óvulo. No Brasil e no mundo, o produto espermaticida à base de nonoxinol-9 (N-9) a 2% é o mais amplamente utilizado.

O uso de alguns métodos contraceptivos contendo N-9 podem aumentar o risco de transmissão sexual do HIV e outras DST. Isso foi demonstrado em ensaio clínico que observou risco acrescido entre usuárias(os) desse produto. A razão desse risco

acrescido reside no fato do N-9 provocar lesões (fissuras/microfissuras) na mucosa vaginal e retal, dependendo da frequência de uso e do volume aplicado (BRASIL, 2002b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta, então, que as mulheres que estejam sob risco acrescido para a infecção pelo HIV/DST, especialmente as que têm muitas relações sexuais diárias, não devem usar métodos contraceptivos que contenham o N-9 (BRASIL, 2002b).

Não se recomenda o uso de espermicida para as mulheres que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois, nessas situações, existe maior risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

Eficácia

Em uso rotineiro, não consistente, são pouco eficazes, a taxa de gravidez é de 26 para cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso.

Usados correta e consistentemente são eficazes, a taxa de gravidez é de 6 para cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso.

Prazo de validade

O espermicida pode ser estocado por até cinco anos, sem perda da efetividade. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem. O profissional de saúde deve orientar a(o) usuária(o) para verificar o prazo de validade ao adquirir o produto. O espermicida pode ser danificado se estocado em ambiente excessivamente quente.

Efeitos secundários

- Irritação ou alergia na vagina ou pênis.
- Fissuras e microfissuras na mucosa vaginal ou retal, que são mais elevadas com o uso mais frequente (várias vezes ao dia) e em dosagens mais elevadas.

Modo de uso – instruções às usuárias

1. O espermicida é colocado com um aplicador, que deve ser introduzido na vagina o mais fundo possível. Tirar a tampa do tubo e colocar o aplicador na abertura do mesmo, girando.

2. Apertar o tubo desde o fundo, forçando seu conteúdo para o cilindro do aplicador, até que o êmbolo esteja totalmente exposto e o cilindro completamente cheio.

3. Separar o aplicador do tubo, fechar o tubo e enroscá-lo desde o fundo, após cada uso.

4. Segurar o aplicador cheio e inseri-lo na vagina o mais profundo possível.

5. O espermicida é eficaz por um período de uma hora após a sua aplicação. Portanto, a mulher deve ser orientada para que a relação sexual ocorra nesse período de tempo.

Não sendo assim, nova dose deve ser aplicada antes do coito.

6. Reaplicar a cada relação sexual.

7. Evitar duchas vaginais por, no mínimo, seis horas após a relação sexual.

8. Lavar o aplicador com água e sabão após cada uso, enxaguando-o bem, entretanto não se deve fervê-lo.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Esclarecer que o método, se utilizado isolado, não oferece proteção contraceptiva satisfatória, nem proteção para o HIV e outras DST, podendo, inclusive, potencializar o risco de transmissão em algumas situações.
- Reforçar o uso do preservativo associado ao espermaticida, com vistas à dupla proteção.
- A orientação para uso do espermaticida pode ser feita por médico(a) ou enfermeira(o).
- Na ocorrência de coito desprotegido, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consulta de retorno:

- Avaliar o uso correto, efeitos secundários e eficácia do método e dar as orientações que se fizerem necessárias.
- O acompanhamento poderá ser feito por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- O fornecimento sistemático do método não precisa estar vinculado à consulta com o profissional de saúde.

O primeiro retorno deve ser agendado para 30 dias. Os demais retornos anuais.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU

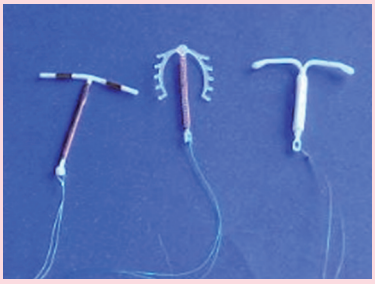
O dispositivo intrauterino – DIU é um objeto pequeno de plástico flexível, em forma de T, que mede aproximadamente 31 mm, ao qual pode ser adicionado cobre ou hormônios que, inserido na cavidade uterina, exerce função contraceptiva. É um dos métodos de planejamento familiar mais usados em todo o mundo.

A sua aceitação vem aumentando e as pesquisas mais recentes mostram que os DIU mais modernos, medicados com cobre ou com levonorgestrel, são seguros e muito eficazes. A seleção adequada da usuária e a inserção cuidadosa, realizada por profissional treinado e experiente, melhoram a eficácia, a continuidade de uso e a segurança do método.

Tipos e modelos

1. DIU com cobre: é feito de polietileno estéril radiopaco e revestido com filamentos e/ou anéis de cobre, enrolado em sua haste vertical, sendo que o modelo TCu-380 A também tem anéis de cobre em sua haste horizontal. Atualmente os modelos TCu-380 A e MLCu-375 são os mais usados.

2. DIU que libera hormônio: é feito de polietileno e a haste vertical é envolvida por uma cápsula que libera continuamente pequenas quantidades de levonorgestrel. O sistema intrauterino (SIU) de levonorgestrel – LNG-20 é desse tipo.



TCu-380A, Multiload Cu 375,
DIU com levonorgestrel

12.6.1 DIU de cobre

Mecanismo de ação

Os estudos sugerem que o DIU atua impedindo a fecundação porque torna mais difícil a passagem do espermatozoide pelo trato reprodutivo feminino, reduzindo a possibilidade de fertilização do óvulo. O DIU de cobre afeta os espermatozoides e os óvulos de várias maneiras. Eles estimulam reação inflamatória pronunciada ou reação à presença de corpos estranhos no útero. Poucos espermatozoides chegam às trompas de Falópio, e os que chegam, com toda probabilidade, não são aptos para fertilizar um óvulo.

Os mecanismos de ação do DIU de cobre não são ainda completamente conhecidos, embora a maioria dos pesquisadores acredite que os dispositivos com cobre atuem principalmente na prevenção da fertilização, na forma de muitas ações como as seguintes (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005):

- Provoca reação inflamatória pela presença de corpo estranho na cavidade uterina.
- Há liberação aumentada de prostaglandinas por macrófagos e neutrófilos.
- Precipitação de espermatozoides por reações imunológicas.

- Assincronia no desenvolvimento endometrial.
- Alterações enzimáticas no endométrio: diminuição da amilase (menor sobrevida do espermatozoide), diminuição da fosfatase alcalina (dificuldade na motilidade espermática) e aumento da anidrase carbônica (implantação dificultada).
- Alterações no muco cervical.
- Fagocitose de espermatozoides por macrófagos.

Eficácia

O DIU TCu-380 A é o mais eficaz dos DIU com cobre e seu efeito depois da inserção dura 10 anos. A taxa de falha é de 0,6 a 0,8 por 100 mulheres, no primeiro ano de uso. Nos anos seguintes, a taxa anual de gravidez é ainda menor.

O índice de gestações, expulsão e remoção por motivos médicos diminui a cada ano de uso.

As concentrações de cobre no trato genital superior caem rapidamente **depois da remoção do DIU e a recuperação da fertilidade é imediata**.

Prazo de validade

O DIU é acondicionado em embalagem estéril. O prazo de validade do DIU na embalagem varia entre dois e sete anos, de acordo com o fabricante; após esse prazo, é necessário repetir o procedimento de esterilização do DIU por meio de óxido de etileno. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem.

Por serem de plástico, os DIU devem ser protegidos contra o calor e a luz direta do sol. A embalagem esterilizada não pode ser danificada. O cobre passa por processo de ligeira oxidação, que torna o DIU escurecido. Isso não impede a utilização do DIU.

Duração de uso

A duração de uso do DIU difere segundo o modelo: o TCu-380 A está aprovado para 10 anos e o MLCu-375 para cinco anos. A efetividade do método se mantém durante todo o período de uso. Não há necessidade de períodos de "descanso" para inserir um novo DIU após a mulher ter usado o anterior por um longo período.

Efeitos secundários

São efeitos secundários comuns (5 a 15% dos casos):

- Alterações no ciclo menstrual (comum nos primeiros três meses, geralmente diminuindo depois desse período).
- Sangramento menstrual prolongado e volumoso.
- Sangramento e manchas (spotting) no intervalo entre as menstruações.
- Cólicas de maior intensidade ou dor durante a menstruação.

Outros efeitos secundários (menos de 5% dos casos) são:

- Cólicas intensas ou dor até cinco dias depois da inserção.
- Dor e sangramento ou manchas podem ocorrer imediatamente após a inserção do DIU, mas usualmente desaparecem em um ou dois dias.

Complicações

- **Gravidez ectópica:** a gravidez ectópica ocorre em menos de 1,5 por 1.000 mulheres/ano/uso e, das gestações ocorridas em usuárias do DIU, 3 a 5% são ectópicas. Por essa razão a ocorrência de atraso menstrual deve ser investigada de forma a avaliar a possibilidade de gravidez e sua localização.
- **Gravidez tópica:** embora o DIU de cobre apresente taxa de gravidez bastante baixa, a ocorrência de gestações em mulheres com DIU demanda condutas adequadas, de acordo com a localização do saco gestacional em relação ao DIU e da idade gestacional no momento do diagnóstico. Se a **gestação não ultrapassa as 12 ou 13 semanas e os fios do DIU são visíveis no exame especular, deve ser retirado delicadamente por tração contínua e suave**. Nos casos de fios não visíveis ao exame especular, a histeroscopia realizada por profissional experiente e cuidadoso pode resolver boa parte dos casos. Explicar à mulher que existe a possibilidade de abortamentos espontâneos após a remoção do DIU, em 50% dos casos. Nos casos de **gestações mais avançadas**, as **tentativas de retirada devem ser evitadas**. Nesses casos, é importante o aconselhamento da gestante, ressaltando que aquela gestação possui um risco aumentado de abortamento, trabalho de parto prematuro e infecções. Trata-se de gravidez de alto risco e a mulher deve ser encaminhada para atenção pré-natal de alto risco (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005).
- **Perfuração:** é uma complicação rara (0,1%) que geralmente ocorre na inserção. Tem na técnica cuidadosa de inserção a sua principal prevenção. No momento da perfuração, a paciente sente uma forte dor e o procedimento de inserção deve ser imediatamente interrompido. Se a perfuração ocorrer durante a histerometria, o DIU não deve ser colocado e deve-se postergar a inserção para um mês após. O DIU deve ser removido por meio de tração delicada dos fios, o que resolve a grande maioria dos casos. Se o DIU ficou na cavidade abdominal, encaminhar a mulher para serviço de maior complexidade visando à retirada cirúrgica, preferencialmente por laparoscopia (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005; BRASIL, 2002b).
- **Expulsão:** nesse caso a mulher deve procurar o serviço de saúde o quanto antes para inserir novo DIU ou escolher outro método anticoncepcional.
- **Dor ou sangramento:** o DIU deve ser retirado em caso de hemorragia abundante com impacto hemodinâmico e/ou na série vermelha.
- **Infecção:** as infecções bacterianas parecem ser devidas à contaminação da cavidade endometrial, no momento da inserção do DIU, e a ocorrência de doença inflama-

tória pélvica aguda (DIPA) é bastante rara, após dias da inserção. A ocorrência de infecções associadas ao uso de DIU parece estar relacionada ao comportamento sexual da usuária e de seu parceiro, e não ao dispositivo, por si só. **Em caso de DIPA, deve-se retirar o DIU e iniciar antibioticoterapia**. Mulheres assintomáticas para DIPA, quando apresentam culturas positivas para gonorreia ou clamídia, devem ser tratadas com as drogas recomendadas, sem a remoção do DIU. Mulheres assintomáticas para DIPA, em caso de vaginose bacteriana, devem ser tratadas com metronidazol ou secnidazol, sem necessidade da retirada do DIU. Não existem evidências de que a prevalência de vaginose bacteriana seja influenciada pelo uso de DIU (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

Pontos-chave

- Método de longa duração: o TCu-380 A dura 10 anos após a sua inserção, mas pode ser retirado a qualquer momento, se a mulher assim desejar ou se apresentar algum problema.
- Muito eficaz.
- Não interfere nas relações sexuais.
- Não apresenta os efeitos colaterais do uso de hormônios.
- A fertilidade retorna logo após a sua remoção.
- Não interfere na qualidade ou quantidade do leite materno.
- Pode ser usado até a menopausa (até um ano ou mais após a última menstruação).
- Não interage com outra medicação.
- **O DIU não protege de DST/HIV/Aids.**
- **O DIU não é indicado para mulheres com risco aumentado para DST/HIV/Aids:** mulheres que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam preservativo em todas as relações sexuais.

Técnica de uso

1. Inserção

a) Momento apropriado para iniciar o uso:

- **Mulher menstruando regularmente:**
  - O DIU pode ser inserido a qualquer momento durante o ciclo menstrual, desde que haja certeza de que a mulher não esteja grávida, que não tenha malformação uterina e não existam sinais de infecção.
  - O DIU deve ser inserido, preferencialmente, durante a menstruação, pois tem algumas vantagens: se o sangramento é menstrual, a possibilidade de gravidez fica descartada; a inserção é mais fácil pela dilatação do canal cervical; qualquer sangramento causado pela inserção não incomodará tanto a mulher; a inserção pode causar menos dor.

- **Após o parto:**
  - O DIU pode ser inserido durante a permanência no hospital, se a mulher já havia tomado essa decisão antecipadamente. O momento mais indicado é logo após a expulsão da placenta. Porém pode ser inserido a qualquer momento dentro de 48 horas após o parto, embora a taxa de expulsão, nesses casos, seja em torno de 20%. Passado esse período, deve-se aguardar, pelo menos, quatro semanas. Destaca-se que é necessário treinamento especial para evitar perfurações uterinas e mau posicionamento, que pode levar à expulsão do DIU.

- **Após aborto espontâneo ou induzido:**
  - Imediatamente, se não houver infecção, embora a taxa de expulsão seja de 25%.
  - Se houver infecção, tratar e orientar para a escolha de outro método eficaz. O DIU pode ser inserido após três meses, se não houver mais infecção e a mulher não estiver grávida.

- **Quando quer interromper o uso de outro método anticoncepcional:**
  - Imediatamente.

b) Técnica de inserção:

É necessário treinamento adequado, sob supervisão direta, para aprender como inserir o DIU. Uma inserção correta do DIU reduz os riscos de gravidez e de todos os principais efeitos adversos: expulsão, sangramento e dor, perfuração e infecção. As práticas cuidadosas de prevenção de infecção são essenciais durante a colocação e retirada do DIU.

As instruções que se seguem constituem apenas um resumo, e não uma descrição técnica detalhada do procedimento de inserção. A técnica de inserção mais indicada é aquela em que o profissional não toca o DIU diretamente. A mulher deve ser avaliada clinicamente antes da inserção dele. Cabe, aqui, a lembrança de que o maior número de casos de infecções associadas ao uso do DIU ocorre pouco tempo após a inserção, por conta de infecções preexistentes não diagnosticadas. Todo DIU deverá estar esterilizado e embalado individualmente. As seguintes etapas devem ser seguidas:

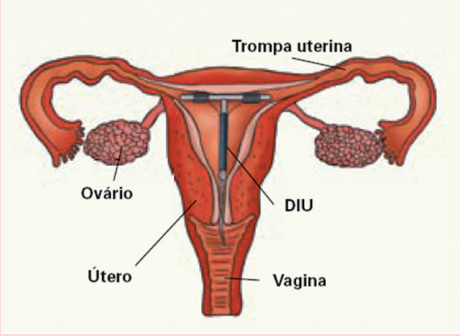
- Toque vaginal para determinar tamanho e posição do útero, assim como ausência de gravidez ou sinais de doença inflamatória pélvica.
- Limpar cuidadosamente o colo uterino e a cavidade vaginal com uma solução antisséptica, antes da inserção do DIU.
- Pinçar o lábio anterior do colo uterino com uma pinça de Pozzi e tracionar suavemente para corrigir ante ou retroflexão uterina.
- Inserir delicadamente o histerômetro por meio do canal cervical até atingir o fundo uterino. Deve-se tomar cuidado para não tocar as paredes vaginais ou as lâminas do espéculo com o histerômetro e deve-se passar o histerômetro somente uma vez pelo canal cervical.

- Depois da histerometria, delimitar no dispositivo de inserção a medida encontrada com a histerometria. Carregar o dispositivo no tubo de inserção, sem tirar o DIU do pacote estéril.
- Introduzir o dispositivo de inserção pelo canal cervical até o fundo uterino e liberar o DIU com o êmbolo. Passar o dispositivo de inserção somente uma vez pelo canal cervical. Para o DIU de levonorgestrel, assim que ultrapassar o orifício interno, o DIU deve ser liberado e com o aplicador empurrar o DIU até o fundo do útero.
- Retirar o dispositivo de inserção, seguindo as instruções do fabricante.
- É recomendável padronizar o comprimento do fio entre 2 e 3 cm.

c) A mulher deve ser orientada para informar ao profissional de saúde a ocorrência de desconforto ou dor em qualquer momento durante o procedimento de inserção.

d) Depois da inserção, a mulher deve ficar deitada, repousando, por cinco a dez minutos. A cólica não deve durar muito tempo.

e) Não é necessário realizar ultrassonografia, após a inserção, como rotina. Deve ser realizada quando existe dúvida se o DIU está corretamente posicionado e na condução de casos com suspeita ou presença de complicações (BRASIL, 2002c).



DIU inserido no útero

Agendar consulta de retorno dentro de três a seis semanas, após a primeira menstruação depois da inserção, para exame pélvico e revisão. O objetivo dessa consulta é verificar, por meio do exame físico, se o DIU continua no lugar e se não há sinais de infecção. Depois dessa consulta, os retornos subsequentes devem ser a cada seis meses, no primeiro ano. Os demais retornos devem ser anuais.

2. Remoção do DIU

A remoção pode ser feita considerando-se o tempo de uso do DIU ou por solicitação da usuária ou por indicação clínica. Com relação ao tempo de uso, deve-se observar a especificação do dispositivo utilizado: o TCu-380 A deve ser removido 10 anos após a inserção; para o Multiload Cu-375, esse período é de cinco anos. A duração de uso do DIU com levonorgestrel é de cinco a sete anos.

Importante: não se deve recusar ou adiar desnecessariamente a remoção de um DIU quando a mulher a solicita, seja qual for a razão do pedido.

O DIU deve ser removido, por indicação clínica, nos casos de:

- Doença inflamatória pélvica aguda, após o início de antibioticoterapia adequada.
- Gravidez. É necessário certificar-se de que a gravidez é tópica. Quando o fio não está exposto, a mulher deve ser encaminhada para o serviço de atenção à gestação de alto risco. Quando o fio do DIU é visível e a gestação não ultrapassa as 12 ou 13 semanas, a remoção deve ser imediata. A mulher deve ser informada sobre os riscos de manter o DIU durante a gestação, para que possa decidir sobre a conduta a ser adotada.
- Sangramento vaginal anormal e volumoso que põe em risco a saúde da mulher.
- Perfuração do útero.
- Expulsão parcial do DIU.
- Após um ano da menopausa.

A remoção do DIU é relativamente simples. Pode ser feita em qualquer momento do ciclo menstrual, embora possa ser um pouco mais fácil durante a menstruação, quando o canal cervical está dilatado. Devem ser observadas as medidas para prevenção de infecção.

Para remover o DIU, o profissional de saúde deve puxar delicadamente os seus fios com uma pinça. Se não sair com facilidade, pode ainda dilatar o colo uterino usando uma pinça longa e fina. A mulher deve ser encaminhada para um serviço especializado se persistir a dificuldade de retirada do DIU ou quando houver indicação de remoção e os fios não estiverem visíveis.

3. Orientações às usuárias

É importante orientar a mulher para que ela saiba identificar o tipo de DIU que está usando e o seu formato; para compreender a importância das consultas de retorno agendadas para acompanhamento do uso; para saber quando deve retornar para remover ou trocar o DIU. Deve-se fornecer a ela ficha em que estejam registrados os dados sobre a inserção do DIU, incluindo mês e ano, e a data para a remoção. A mulher deve ser orientada a informar o uso do DIU sempre que for a qualquer consulta, mesmo que isso não lhe seja perguntado.

A mulher deve ser orientada sobre a possibilidade das seguintes ocorrências, após a inserção:

- Um pouco de cólica durante um ou dois dias após a inserção; caso sinta cólicas, ela poderá tomar analgésicos.

- Um pouco de secreção vaginal durante algumas semanas após a inserção, que é normal.
- Sangramento menstrual mais volumoso e, possivelmente, sangramentos ou manchas nos intervalos entre as menstruações, especialmente nos primeiros meses após a inserção do DIU.

A mulher deve ser orientada a verificar se o DIU está no lugar. Ocasionalmente, o DIU desloca-se e é expelido. Isso geralmente ocorre no primeiro mês após a inserção ou durante a menstruação. Um DIU pode deslocar-se sem que a mulher perceba. A mulher deve verificar se o DIU está no lugar:

- Uma vez por semana, durante o primeiro mês após a inserção.
- Periodicamente, após a menstruação: o DIU apresenta tendência maior a se deslocar durante a menstruação.

Para verificar se o DIU está no lugar, a mulher deve:

- Lavar as mãos.
- Ficar de cócoras.
- Inserir um ou dois dedos na vagina até atingir os fios do DIU. Se achar que o DIU está fora do lugar, se não encontrar os fios, se eles estiverem mais curtos ou mais compridos, ela deve procurar o serviço de saúde. **Importante: a mulher não deve puxar os fios para não deslocar o DIU.**
- Lavar as mãos novamente.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso do DIU.
- Fazer exame físico geral e ginecológico.
- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Esclarecer à mulher que é frequente a ocorrência de cólicas, menstruação volumosa e um pouco de secreção vaginal após a inserção do DIU.
- A mulher deve ser orientada a procurar o serviço de saúde nas seguintes situações: ausência de menstruação; exposição à doença sexualmente transmissível; dor intensa no baixo ventre; sangramento volumoso; prazo de validade do DIU vencido e/ou se percebe um objeto de consistência dura na vagina ou no colo do útero.
- A mulher deve ser incentivada a adotar a dupla proteção, ou seja, o uso do preservativo masculino ou feminino associado ao DIU.
- Na ocorrência de coito desprotegido, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar o uso correto, efeitos secundários e fornecer as orientações que se fizerem necessárias.
- Deve haver fácil acesso ao acompanhamento e agenda aberta para consultas em caso de intercorrências.
- A ultrassonografia de rotina não é necessária já que o diagnóstico só indica a retirada do DIU caso este já se encontre parcialmente no canal cervical (BRASIL, 2002c).
- Primeiro retorno após a primeira menstruação depois da inserção.
- Retornos subsequentes a cada seis meses no primeiro ano. Demais retornos anuais.
- Nos retornos, acompanhar o prazo de duração do DIU e da data de remoção; avaliar e pesquisar condições clínicas que possam indicar a descontinuação do método; e avaliar a aceitabilidade do método.

Sinais de alerta

- Ausência de menstruação, ou a mulher acha que pode estar grávida, especialmente se também apresenta sintomas de gravidez ectópica, tais como sangramento vaginal anormal, dor abdominal ou sensibilidade abdominal, desmaios.
- A mulher acha que foi exposta a uma doença sexualmente transmissível ou tem HIV/Aids.
- Ao verificar os fios do DIU, a mulher acha que o DIU se deslocou: ela não encontra os fios ou eles parecem mais curtos ou mais longos; percebe um objeto de consistência dura na vagina ou no colo, que pode ser parte do DIU.
- Dor intensa, ou que vem aumentando no baixo ventre, especialmente se acompanhada de febre e/ou sangramento nos intervalos entre as menstruações (sinais e sintomas de doença inflamatória pélvica).

Outras situações comuns

- Parceiro sexual sente os fios do DIU durante a relação sexual e isso o incomoda. Nesse caso, os fios podem ser aparados no serviço de saúde.
- Sangramento volumoso ou prolongado que incomoda a mulher.
- A mulher ou o seu parceiro não está satisfeito com o DIU.
- Expirou o prazo de validade de um DIU de cobre ou de um DIU que libera hormônio e a mulher retorna para remover ou trocar o DIU.
- A mulher deseja remover o DIU por qualquer razão, a qualquer momento.
- A mulher tem dúvidas.
- A mulher deseja outro método de planejamento familiar.

Manejo de intercorrências ou complicações

- **Sangramento vaginal prolongado e volumoso:**
  - Há evidência de infecção ou outra anormalidade? Realizar exame pélvico para afastar doença cervical, gravidez ectópica ou doença inflamatória pélvica. Encaminhar ou tratar quando necessário. A mulher pode continuar a usar o DIU enquanto se submete à investigação.
  - Não há evidência de infecção ou outra anormalidade, faz menos de três meses desde a inserção do DIU e o sangramento está dentro do esperado como normal? Tranquilizar a mulher, explicando que as alterações menstruais são normais e provavelmente diminuirão com o tempo. Informar a mulher sobre os alimentos ricos em ferro e recomendar sua ingestão. Se necessário, fornecer suplementação de ferro. Perguntar se a mulher quer continuar a usar o DIU. Em caso positivo, pedir que retorne em três meses para outra avaliação. Se o sangramento continuar incomodando, recomendar o uso de ibuprofeno ou outra droga anti-inflamatória não esteroide (exceto aspirina) para ajudar a diminuir a perda de sangue. No caso da mulher não querer mais usar o DIU, remover o DIU e ajudar na escolha de outro método anticoncepcional.
  - Não há evidência de infecção ou outra anormalidade e mais de três meses se passaram desde a inserção do DIU? Se o sangramento ou a dor são intensos, ou se a mulher preferir, remover o DIU e ajudar na escolha de novo método. Se uma condição anormal está causando o sangramento volumoso e irregular, tratar ou encaminhar para tratamento. Se o sangramento é muito importante, examinar a mulher para detectar sinais de anemia. Se sinais de anemia estiverem presentes, recomendar a remoção do DIU, ajudar na escolha de outro método e fornecer suplementação de ferro por três meses.
- **Sangramento vaginal inexplicado e anormal que sugira gravidez ou condição clínica subjacente:**
  - A mulher pode continuar a usar o DIU enquanto se submete à investigação.
  - Avaliar e tratar a condição clínica subjacente ou encaminhar para tratamento.
- **Dor no baixo ventre que sugira doença inflamatória pélvica – DIP:**
  - Investigar a história e realizar os exames físico e pélvico. Se os seguintes achados forem encontrados, encaminhar para serviço de referência:
    - Ausência de menstruação, atraso menstrual ou gravidez.
    - Parto ou aborto recente.
    - Dor ou sensibilidade à palpação do abdome durante o exame.
    - Sangramento vaginal.
    - Massa pélvica.

- Se a mulher não apresentar nenhuma das condições acima, diagnosticar DIP, caso apresente quaisquer dos seguintes achados:
  - Temperatura oral de 38,3°C ou mais.
  - Corrimento vaginal ou cervical anormal.
  - Dor à mobilização do colo uterino durante exame pélvico.
  - Sensibilidade sobre a região pélvica.
  - Parceiro sexual com secreção uretral ou tratado para gonorreia.
  - O diagnóstico de DIP pode ser difícil. Os sinais e sintomas podem ser leves ou ausentes, ou podem se confundir com sinais e sintomas de outras condições como gravidez ectópica e apendicite.
  - Em caso de DIP, tratar ou encaminhar para tratamento imediatamente, de acordo com o protocolo da abordagem sindrômica para DST.
  - Tratar o parceiro.
  - Normalmente, remover o DIU se o exame físico ou os testes de laboratório indicam DIP.

- **Doença sexualmente transmissível em atividade ou nos últimos três meses:** mulheres assintomáticas para DIP, quando apresentam culturas positivas para gonorreia ou clamídia, devem ser tratadas com as drogas recomendadas, sem a remoção do DIU. Entretanto, se existirem sintomas ou sinais de DIP, o DIU deve ser retirado prontamente. Em caso de vaginose bacteriana, deve ser tratada com metronidazole ou secnidazole, sem a necessidade de retirada do DIU (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

- **Gravidez:**
  - Se os fios do DIU estão visíveis e a gravidez está no primeiro trimestre: explicar à mulher que a remoção é indicada devido ao risco de infecção. Explicar também que ela corre o risco de abortamento espontâneo. Se aceitar, remover o DIU ou encaminhar para a remoção.
  - Se os fios do DIU não estão visíveis e a gravidez está no primeiro trimestre: explicar à mulher que a remoção é indicada devido ao risco de infecção. Explicar também que ela corre o risco de abortamento espontâneo. Se aceitar, encaminhar para a remoção em serviço de referência, para que a remoção seja feita por meio de histeroscopia (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005).
  - Se a gravidez já passou do primeiro trimestre, com o DIU distante do orifício interno do colo, as tentativas de retirada devem ser evitadas, pois a ocorrência de insucesso é muito alta. Nesses casos, é importante o aconselhamento da gestante, ressaltando que aquela gestação possui risco aumentado de abortamentos,

trabalho de parto prematuro e infecções. A gestante deve ser encaminhada para atenção ao pré-natal de alto risco (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

- **O parceiro se queixa dos fios:** explicar à mulher (e ao seu parceiro, se possível) que o que está sentindo é normal. Recomendar nova tentativa. Alternativas: os fios podem ser aparados mais curtos; o DIU pode ser removido.

Critérios de elegibilidade médica para uso do dispositivo intrauterino – DIU de cobre

- **Categoria 1:** o método pode ser usado sem restrições.
- Quatro semanas ou mais após o parto.
- Pós-aborto (primeiro trimestre).
- Idade de 20 anos ou mais.
- Fumante (qualquer idade).
- Hipertensão:
  - História de hipertensão, onde a pressão sanguínea não pode ser diagnosticada.
  - Hipertensão arterial.
  - História de pré-eclâmpsia.
  - Hipertensão adequadamente controlada, onde a pressão sanguínea pode ser diagnosticada.
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (como idade avançada, fumo, hipertensão e diabetes).
- Diabetes:
  - História de diabetes gestacional.
  - Diabetes (insulinodependente ou não).
  - Diabetes com lesão vascular ou duração maior que 20 anos.
- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual ou no passado.
- História familiar de doença tromboembólica (parentesco de 1° grau).
- Cirurgias:
  - Cirurgia de grande porte com ou sem imobilização prolongada.
  - Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Tromboflebite superficial.
- Doença cardíaca isquêmica atual ou passada.
- AVC.
- Hiperlipidemias.
- Doença cardíaca valvular complicada ou não.

Continua...

Continuação

- Cefaleia e enxaqueca com ou sem sintomas neurológicos focais.
- Nódulo mamário sem diagnóstico.
- Doença mamária benigna.
- Câncer de mama atual ou no passado.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Neoplasia intraepitelial cervical – NIC.
- Sangramento vaginal irregular não volumoso.
- Doença inflamatória pélvica no passado, sem fatores de risco para DST, com gravidez subsequente.
- Doença biliar sintomática ou assintomática.
- História de colestase relacionada à gravidez ou ao uso de anticoncepcional oral combinado.
- Hepatite:
  - Hepatite viral aguda.
  - Portador assintomático de hepatite viral.
- Cirrose hepática compensada ou descompensada.
- Tumor hepático benigno ou maligno.
- Antecedente de gravidez ectópica.
- Obesidade: IMC maior ou igual a 30 kg/m2.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Epilepsia.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática.
- Malária.
- Uso de qualquer antibiótico, incluisive rifampicina e griseofulvina.
- Uso de anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona).
- Multiparidade.
- Tuberculose não pélvica.
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos).
- Cirurgia pélvica no passado.

- **Categoria 2:** o método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da Categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

- Menos de 48 horas pós-parto (lactante ou não): há aumento do risco para expulsão do DIU.
- Pós-aborto no segundo trimestre: há alguma preocupação sobre o risco de expulsão após aborto no segundo trimestre.
- Menarca até < 20 anos: há aumento do risco de expulsão em mulheres jovens devido à nuliparidade e o risco de DST deve ser considerado.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana subaguda, uso de anticoagulação): é aconselhável o uso de antibioticoprofilaxia antes da inserção, se a mulher não está usando antibióticos regularmente.
- Sangramento volumoso e prolongado: se há anemia – Categoria 3.
- Sangramento vaginal inexplicado (para continuação do uso): não é necessário remover o DIU antes da avaliação.
- Passado de doença inflamatória pélvica, sem fatores de risco atuais e sem gravidez subsequente: o risco atual de DST e o desejo de gravidez são fatores relevantes na escolha do método.
- Vaginite sem cervicite pururenta.
- Mioma uterino, sem distorção da cavidade uterina: miomas uterinos preexistentes podem distorcer a cavidade uterina e dificultar o correto posicionamento do DIU.
- Talassemia.
- Anemia falciforme.
- Anemia ferropriva: o DIU pode aumentar a perda sanguínea.
- Nuliparidade: está associada com aumento do risco para expulsão.
- Alterações anatômicas que não distorcem a cavidade uterina ou não interferem com a inserção do DIU (incluindo estenose ou lacerações de colo).
- Dismenorreia grave: pode haver piora da dismenorreia.
- Endometriose.

- **Categoria 3 e 4:** o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.

- 48 horas a 4 semanas após o parto: existe aumento do risco de perfuração uterina em inserções entre 48 horas e 28 dias pós-parto.
- Risco aumentado para DST/HIV: existe aumento do risco para doença inflamatória pélvica.
- Aids: para iniciar o uso, essa condição enquadra-se na Categoria 3. Para continuação de uso, enquadra-se na Categoria 2. Se a mulher estiver clinicamente bem, mas em terapia ARV, essa condição enquadra-se na Categoria 2.
- Tuberculose pélvica: existe aumento do risco para infecção secundária e sangramento.
- Câncer de ovário.
- Gravidez: nenhum método é indicado durante a gravidez. O uso de DIU durante a gravidez aumenta bastante o risco para abortamento espontâneo e aborto séptico.
- Infecção puerperal.
- Após aborto séptico.
- Sangramento vaginal inexplicado (suspeita de condições sérias), antes do diagnóstico: se há suspeita de gravidez ou alguma condição clínica subjacente, deve-se investigar e a classificação da categoria deve ser avaliada após o diagnóstico. Não é necessário remover o DIU durante a investigação.
- Câncer de colo uterino: pode aumentar o risco para infecção e sangramento durante a inserção, que pode piorar a situação; o DIU deve ser removido ao começar o tratamento.
- Câncer de endométrio: pode aumentar o risco para infecção, perfuração e sangramento durante a inserção, que podem piorar a condição; o DIU deve ser removido ao começar o tratamento.
- Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos três meses (para iniciar o uso): o DIU aumenta muito o risco de doença inflamatória pélvica para essas mulheres. Há sérias preocupações de que o DIU possa piorar uma DIP. Uma DIP recente é forte fator de risco para uma DIP subsequente. A continuação de uso depende dos fatores de risco da mulher para DST e DIP e deve ser uma decisão informada.
- Doença sexualmente transmissível atual ou nos últimos três meses, incluindo cervicite purulenta: há sérias preocupações sobre o aumento do risco de DIP em mulheres com DST, ou em alto risco para elas, que inserem DIU.
- Doença trofoblástica benigna e maligna: há risco maior de perfuração uterina porque o tratamento da condição inclui curetagens repetidas.
- Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina: o correto posicionamento do DIU na cavidade uterina pode ser impossível.
- Mioma uterino com distorção da cavidade uterina.

DIU COM LEVONORGESTREL – SIU-LNG-20

O sistema intrauterino de levonorgestrel – SIU-LNG-20 consiste numa matriz de plástico em forma de T com 32 mm de comprimento, radiopaco, cuja haste vertical é revestida com um cilindro de polidimetilsiloxano de 19 mm de comprimento, contendo 52 mg de levonorgestrel, e libera 20 μg de levonorgestrel por dia, o que acrescenta ação progestogênica à reação de corpo estranho presente nos dispositivos de cobre. Pode ser utilizado como método anticoncepcional, no tratamento da menorragia e na terapia de reposição hormonal da mulher menopausada, associado ao estrogênio. A duração de uso recomendada é de cinco a sete anos.

Mecanismo de ação

O sistema intrauterino com levonorgestrel apresenta os seguintes mecanismos de ação:

- **Efeitos endometriais:** devido aos níveis elevados de levonorgestrel na cavidade uterina, ocorre insensibilidade do endométrio ao estradiol circulante, com inibição da síntese do receptor de estradiol no endométrio e efeito antiproliferativo do endométrio, com atrofia endometrial. Aproximadamente um mês após a inserção, ocorrem supressão do epitélio endometrial e intensa reação tecidual do estroma. Essas alterações desaparecem um mês após a remoção do endoceptivo.
- **Muco cervical:** diminui a produção e aumenta a viscosidade do muco cervical, inibindo a migração espermática.
- **Inibição da ovulação:** produz anovulação em aproximadamente 25% das mulheres, porém com produção estrogênica, o que possibilita boa lubrificação vaginal.
- **Outros efeitos:** efeitos uterovasculares, diminuição da motilidade espermática, reação de corpo estranho, entre outros.

Eficácia

A taxa de gravidez acumulada até cinco anos é de 0 e 0,2 por 100 mulheres, do DIU com levonorgestrel. A eficácia desse método é similar à da esterilização cirúrgica. A taxa de falha não é influenciada pela idade.

O índice de gestações, expulsão e remoção por motivos médicos diminui a cada ano de uso.

A concentração de levonorgestrel no trato genital superior cai rapidamente **após a remoção do SIU-LNG-20 e a recuperação da fertilidade é imediata.**

Prazo de validade

O SIU-LNG-20 é acondicionado em embalagem estéril; o prazo de validade do SIU-LNG-20 na embalagem é de três anos, de acordo com o fabricante; não se pode

reesterilizar após esse prazo. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem.

Duração de uso

O DIU com levonorgestrel aprovado para uso no Brasil apresenta duração de cinco anos após a sua inserção. A efetividade do método se mantém durante todo o período de uso. Não há necessidade de períodos de "descanso" para inserir novo DIU com levonorgestrel, após a mulher ter usado o anterior por longo período.

Efeitos secundários

- *Spotting* ou manchas: são frequentes nos dois – cinco primeiros meses.
- Amenorreia: 20% em um ano e 50% em cinco anos.
- Sensibilidade mamária.
- Acne.
- Outros efeitos: dor abdominal, dor nas costas, cefaleia, depressão, náuseas, edema.

Complicações

- Expulsão
- Dor ou sangramento.
- Perfuração.
- Infecção: durante o primeiro ano de uso, a taxa de infecções é baixa. Após três anos, a taxa de DIPA em usuárias do SIU-LNG-20 é ainda mais baixa (0,3%).
- Gravidez ectópica: a taxa de gravidez ectópica em usuárias do SIU-LNG-20 é de 0,2/1.000 mulheres/ano/uso.
- Gravidez tópica

Pontos-chave

- Método muito efetivo, reversível e de longa duração.
- Baixa frequência de efeitos hormonais sistêmicos que, quando ocorrem, são de pouca intensidade.
- O padrão menstrual altera-se na maioria do casos.
- Habitualmente há diminuição da quantidade dos sangramentos incluindo amenorreia prolongada.
- Não interfere nas relações sexuais.
- A fertilidade retorna logo após a sua remoção. O retorno da fertilidade no primeiro

ano é de 75,4% e, no segundo ano, de 81%. As taxas de recuperação da fertilidade são semelhantes às do DIU de cobre.

- Promove o controle da menorragia; alguns estudos sugerem que o método pode ser tratamento eficaz para retardar ou evitar algumas indicações de histerectomia e ablação endometrial.
- **O DIU não protege de DST/HIV/Aids.**
- **O DIU não é indicado para mulheres com risco aumentado para DST/HIV/Aids:** mulheres que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam preservativo em todas as relações sexuais.

Técnica de uso

1. Inserção

a) Momento apropriado para iniciar o uso:

- Mulher menstruando regularmente:
  - Entre o primeiro e o sétimo dia do ciclo menstrual.
- Após o parto:
  - No período pós-parto, recomenda-se a inserção após seis semanas do parto nas mulheres que estão amamentando. Sem lactação, pode ser inserido imediatamente após o parto ou nas 48 horas seguintes, embora a taxa de expulsão seja em torno de 20%. Passado esse período, deve-se aguardar, pelo menos, quatro semanas. Destaca-se que é necessário treinamento especial para evitar perfurações uterinas e mau posicionamento, que podem levar à expulsão do DIU.
- Após aborto espontâneo ou induzido:
  - Imediatamente, se não houver infecção, embora a taxa de expulsão seja de 25%.
  - Se houver infecção, tratar e orientar para a escolha de outro método eficaz. O DIU pode ser inserido após três meses, se não houver mais infecção, e a mulher não estiver grávida.

b) Técnica de inserção:

É necessário treinamento adequado, sob supervisão direta, para aprender como inserir o SIU-LNG-20, cuja técnica de inserção é diferente do DIU TCu-380 A. As práticas cuidadosas de prevenção de infecção são essenciais durante a colocação e retirada do DIU. O SIU-LNG-20 deve ser inserido de acordo com as instruções do fabricante.

c) Agendar consulta de retorno dentro de três a seis semanas, após a primeira menstruação, depois da inserção, para exame pélvico e revisão. O objetivo dessa consulta é verificar, por meio do exame físico, se o DIU continua no lugar e se não há sinais de infecção. Depois dessa consulta, os retornos subsequentes devem ser a cada seis meses, no primeiro ano. Os demais retornos devem ser anuais.

2. Remoção do DIU

A remoção pode ser feita considerando-se o tempo de uso do DIU ou por solicitação da usuária ou por indicação clínica. Com relação ao tempo de uso, deve-se observar a especificação do dispositivo utilizado: no caso do DIU com levonorgestrel, deve ser removido cinco a sete anos após a inserção.

Importante: não se deve recusar ou adiar desnecessariamente a remoção de um DIU quando a mulher a solicita, seja qual for a razão do pedido.

O DIU deve ser removido, por indicação clínica, nos casos de:

- Doença inflamatória pélvica aguda, após o início de antibioticoterapia adequada.
- Gravidez. É necessário certificar-se de que a gravidez é tópica. Quando o fio não está exposto, a mulher deve ser encaminhada para o serviço de atenção à gestação de alto risco e deve ser informada que apresenta risco aumentado para aborto espontâneo e infecção. Quando o fio do DIU é visível, a remoção deve ser imediata. A mulher deve ser informada sobre os riscos de manter o DIU durante a gestação, para que possa decidir sobre a conduta a ser adotada.
- Sangramento vaginal anormal e volumoso que põe em risco a saúde da mulher.
- Perfuração do útero.
- Expulsão parcial do DIU.

A remoção do DIU é relativamente simples. Pode ser feita em qualquer momento do ciclo menstrual, embora possa ser um pouco mais fácil durante a menstruação, quando o canal cervical está dilatado. Devem ser observadas as medidas para prevenção de infecção.

Para remover o DIU, o profissional de saúde deve puxar delicadamente os seus fios com uma pinça. Se não sair com facilidade, pode ainda dilatar o colo uterino usando uma pinça longa e fina. A mulher deve ser encaminhada para um serviço de maior complexidade se persistir a dificuldade de retirada do DIU ou quando houver indicação de remoção e os fios não estiverem visíveis.

3. Orientações às usuárias

É importante orientar a mulher para que ela saiba identificar o tipo de DIU que está usando e o seu formato; para compreender a importância das consultas de retorno agendadas para acompanhamento do uso; para saber quando deve retornar para remover ou trocar o DIU. Deve-se fornecer à mulher ficha em que estejam registrados os dados sobre a inserção do DIU, incluindo mês e ano, e a data para a remoção.

A mulher deve ser orientada a informar o uso do DIU sempre que for a qualquer consulta, mesmo que isso não lhe seja perguntado.

A mulher deve ser orientada sobre a possibilidade das seguintes ocorrências, após a inserção:

- Um pouco de cólica durante um ou dois dias após a inserção; caso sinta cólicas, ela poderá tomar analgésicos.
- Um pouco de secreção vaginal durante algumas semanas após a inserção, que é normal.
- Manchas ou *spotting*, principalmente nos primeiros dois a quatro meses.

A mulher deve ser orientada a verificar se o DIU está no lugar. Ocasionalmente, o DIU desloca-se e é expelido. Isso geralmente ocorre no primeiro mês após a inserção ou durante a menstruação. Um DIU pode deslocar-se sem que a mulher perceba. A mulher deve verificar se o DIU está no lugar:

- Uma vez por semana, durante o primeiro mês após a inserção.
- Periodicamente, após a menstruação: o DIU apresenta tendência maior a se deslocar durante a menstruação.

Para verificar se o DIU está no lugar, a mulher deve:

- Lavar as mãos.
- Ficar de cócoras.
- Inserir um ou dois dedos na vagina até atingir os fios do DIU. Se achar que o DIU está fora do lugar, se não encontrar os fios, se achar que eles estão mais curtos ou mais compridos, ela deve procurar o serviço de saúde. Importante: a mulher não deve puxar os fios para não deslocar o DIU.
- Lavar as mãos novamente.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso do SIU-LNG-20.
- Fazer exame físico geral e ginecológico.
- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Esclarecer à mulher que é frequente a ocorrência de cólicas, manchas ou spotting e um pouco de secreção vaginal após a inserção do DIU.
- A mulher deve ser orientada a procurar o serviço de saúde nas seguintes situações: acha que pode estar grávida; exposição à doença sexualmente transmissível; dor intensa no baixo ventre; prazo de validade do SIU-LNG-20 vencido e/ou se percebe objeto de consistência dura na vagina ou no colo do útero.

- A mulher deve ser incentivada a adotar a dupla proteção, ou seja, o uso do preservativo masculino ou feminino associado ao SIU-LNG-20.
- Na ocorrência de coito desprotegido, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar o uso correto, efeitos secundários e fornecer as orientações que se fizerem necessárias.
- Deve haver fácil acesso ao acompanhamento e agenda aberta para consultas em caso de intercorrências.
- A ultrassonografia de rotina não é necessária já que o diagnóstico ultrassonográfico só indica a retirada do DIU, caso este já se encontre parcialmente no canal cervical (BRASIL, 2002c).
- Primeiro retorno após a primeira menstruação depois da inserção.
- Retornos subsequentes a cada seis meses no primeiro ano. Demais retornos anuais.
- Nos retornos, acompanhar o prazo de duração do SIU-LNG-20 e da data de remoção; avaliar e pesquisar condições clínicas que possam indicar a descontinuação do método; e avaliar a aceitabilidade do método.

Sinais de alerta

- A mulher acha que pode estar grávida, especialmente se também apresenta sintomas de gravidez ectópica, tais como sangramento vaginal anormal, dor abdominal ou sensibilidade abdominal, desmaios.
- A mulher acha que foi exposta a uma doença sexualmente transmissível ou tem HIV/Aids.
- Ao verificar os fios do DIU, a mulher acha que o DIU se deslocou: ela não encontra os fios ou eles parecem mais curtos ou mais longos; ela percebe objeto de consistência dura na vagina ou no colo, que pode ser parte do DIU.
- Dor intensa, ou que vem aumentando no baixo ventre, especialmente se acompanhada de febre e/ou sangramento nos intervalos entre as menstruações (sinais e sintomas de doença inflamatória pélvica).

Outras situações comuns

- Parceiro sexual sente os fios do DIU durante a relação sexual e isso o incomoda. Nesse caso, os fios podem ser aparados no serviço de saúde.
- A mulher ou o seu parceiro não está satisfeito com o DIU.
- Expirou o prazo de validade do SIU-LNG-20 e a mulher retorna para remover ou trocar o DIU.

- A mulher deseja remover o SIU-LNG-20 por qualquer razão, a qualquer momento.
- A mulher tem dúvidas.
- A mulher deseja outro método de planejamento familiar.

MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

- **Manchas ou spotting persistentes:**
  - Há evidência de infecção ou outra anormalidade? Realizar exame pélvico para afastar doença cervical, gravidez ectópica ou doença inflamatória pélvica. Encaminhar ou tratar quando necessário. A mulher pode continuar a usar o SIU-LNG-20 enquanto se submete à investigação.
  - Não há evidência de infecção ou outra anormalidade, faz menos de quatro meses desde a inserção do SIU-LNG-20 e o sangramento está dentro do esperado como normal? Tranquilizar a mulher, explicando que as alterações menstruais são comuns nos quatro primeiros meses e provavelmente diminuirão com o tempo. Se o SIU está localizado em posição fúndica correta, progressivamente ocorre redução da duração e da quantidade do sangramento, podendo chegar até a amenorreia. Perguntar se a mulher quer continuar a usar o DIU. Em caso positivo, pedir que retorne em três meses para outra avaliação. Se o sangramento continuar incomodando, recomendar o uso de ibuprofeno ou outra droga anti-inflamatória não esteroide (exceto aspirina) para ajudar a diminuir a perda de sangue. No caso da mulher não querer mais usar o DIU, remover o DIU e ajudar na escolha de outro método anticoncepcional.
  - Não há evidência de infecção ou outra anormalidade e mais de quatro meses se passaram desde a inserção do DIU? Se o sangramento ou a dor são intensos, ou se a mulher preferir, remover o DIU e ajudar na escolha de novo método. Se uma condição anormal está causando o sangramento, tratar ou encaminhar para tratamento. Se o sangramento é muito importante, examinar a mulher para detectar sinais de anemia. Se sinais de anemia estiverem presentes, recomendar a remoção do DIU e ajudar na escolha de outro método e fornecer suplementação de ferro por três meses.
- **Sangramento vaginal inexplicado e anormal que sugira gravidez ou condição clínica subjacente:**
  - A mulher pode continuar a usar o DIU enquanto se submete à investigação.
  - Avaliar e tratar a condição clínica subjacente ou encaminhar para tratamento.
- **Dor no baixo ventre que sugira doença inflamatória pélvica – DIP:**
  - A DIP é incomum entre as usuárias do SIU-LNG-20; todavia, deve-se sempre estar atento aos sinais e sintomas sugestivos de DIP.

- **Doença sexualmente transmissível em atividade ou nos últimos três meses:** mulheres assintomáticas para DIP, quando apresentam culturas positivas para gonorreia ou clamídia, devem ser tratadas com as drogas recomendadas, sem a remoção do DIU. Entretanto, se existirem sintomas ou sinais de DIP, o DIU deve ser retirado prontamente. Em caso de vaginose bacteriana, deve ser tratada com metronidazole ou secnidazole, sem a necessidade de retirada do DIU (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005).
- **Gravidez:**
  - Se os fios do DIU estão visíveis, explicar à mulher que a remoção é indicada devido ao risco de infecção. Explicar também que ela corre o risco de abortamento espontâneo. Se aceitar, remover o DIU ou encaminhar para a remoção.
  - Se os fios do DIU não estão visíveis, informar à mulher que ela apresenta risco aumentado para aborto espontâneo e infecção. A gestante deve ser encaminhada para pré-natal de alto risco.
- **O parceiro se queixa dos fios:** explicar à mulher (e ao seu parceiro, se possível) que o que está sentindo é normal. Recomendar nova tentativa. Alternativas: os fios podem ser aparados mais curtos; o DIU pode ser removido.

Critérios de elegibilidade médica para uso do dispositivo intrauterino – DIU de cobre

- **Categoria 1:** o método pode ser usado sem restrições.

- Quatro semanas ou mais após o parto (não lactantes) ou seis semanas ou mais após o parto (lactantes).
- Pós-aborto (primeiro trimestre).
- Idade de 20 anos ou mais.
- Fumante (qualquer idade).
- Hipertensão:
  - Hipertensão adequadamente controlada, onde a pressão sanguínea pode ser diagnosticada.
  - Hipertensão arterial: PA sistólica 140-159 ou PA diastólica 90-99.
  - História de pré-eclâmpsia, onde a pressão sanguínea pode ser medida e é normal.
- História de diabetes gestacional.
- História familiar de doença tromboembólica (parentesco de 1º grau).
- Cirurgias:
  - Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada.
  - Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.

Continua...

- Varizes.
- Tromboflebite superficial.
- Doença cardíaca valvular não complicada.
- Cefaleia leve ou grave
- Sangramentos:
  - Sangramento irregular não volumoso.
  - Sangramento irregular volumoso e prolongado (para iniciar o uso).
  - Doença mamária benigna.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Doença inflamatória pélvica no passado, sem fatores de risco para DST, com gravidez subsequente.
- História de colestase relacionada à gravidez.
- Portador assintomático de hepatite viral.
- Antecedente de gravidez ectópica.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Talassemia.
- Anemia falciforme.
- Anemia ferropriva.
- Epilepsia.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática.
- Malária.
- Antibióticos:
  - Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona).
  - Outros antibióticos.
- Multiparidade.
- Dismenorreia grave.
- Endometriose.
- Tuberculose não pélvica.
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos).
- Cirurgia pélvica no passado

- **Categoria 2:** o método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da Categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

- Pós-aborto no segundo trimestre: há alguma preocupação sobre o risco de expulsão após aborto no segundo trimestre. Não existem dados sobre os efeitos locais do SIU-LNG-20 sobre a involução uterina.
- Menarca até < 20 anos: há preocupações pelo aumento do risco de expulsão e de infecções em mulheres muito jovens.
- Hipertensão:
  - História de hipertensão onde não é possível aferir a pressão arterial.
  - Hipertensão arterial: PA sistólica igual ou maior que 160 ou PA diastólica igual ou maior que 100 ou com doença vascular: existe preocupação com o risco potencial do efeito hipoestrogênico e o SIU-LNG-20 pode diminuir o HDL-colesterol.
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular arterial (como idade avançada, fumo, diabetes e hipertensão).
- Antecedente de doença tromboembólica.
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.
- Diabetes:
  - Diabetes (insulinodependente ou não).
  - Diabetes com lesão vascular, neuropatia, retinopatia, nefropatia ou duração maior que 20 anos: o SIU-LNG-20 pode alterar levemente o metabolismo lipídico e dos carboidratos.
  - AVC (histórico de acidente cerebrovascular): existe preocupação com o risco potencial do efeito hipoestrogênico e o SIU-LNG-20 pode diminuir o HDL-colesterol.
- Hiperlipidemias.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana subaguda, uso de anticoagulação): é aconselhável o uso de antibioticoprofilaxia antes da inserção, se a mulher não está usando antibióticos regularmente.
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais: pode haver piora da cefaleia.
- Sangramento volumoso e prolongado: o SIU-LNG-20 pode provocar sangramento irregular, principalmente nos 3-6 primeiros meses de uso; a quantidade da perda sanguínea é reduzida.
- Sangramento vaginal inexplicado (para continuação do uso): não é necessário remover o DIU antes da avaliação.

Continua...

Continuação

- Nódulo mamário sem diagnóstico.
- Neoplasia intraepitelial cervical-NIC: existe alguma preocupação sobre a possibilidade de progressão do NIC com o uso do SIU-LNG-20.
- Passado de doença inflamatória pélvica, sem fatores de risco atuais e sem gravidez subsequente: o risco atual de DST e o desejo de gravidez são fatores relevantes na escolha do método.
- Vaginite sem cervicite purulenta.
- Doença biliar sintomática ou assintomática.
- História de colestase relacionada ao uso de anticoncepcional oral combinado.
- Cirrose leve (compensada).
- Mioma uterino (sem distorção da cavidade uterina). Miomas uterinos preexistentes podem distorcer a cavidade uterina e dificultar o correto posicionamento do DIU.
- Nuliparidade: está associada com aumento do risco para expulsão.
- Alterações anatômicas que não distorcem a cavidade uterina ou não interferem com a inserção do DIU (incluindo estenose ou lacerações de colo).
- Obesidade: IMC maior ou igual a 30 kg/m2.

- **Categorias 3 e 4:** o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.

- Menos de 48 horas pós-parto (lactante ou não): não existem dados sobre os efeitos locais desse tipo de DIU sobre a involução uterina; além disso, pode haver risco de exposição do recém-nascido aos hormônios esteroides.
- 48 horas a quatro semanas após o parto (não lactante) ou até seis semanas após o parto (lactante): não existem dados sobre os efeitos locais desse tipo de DIU sobre a involução uterina; além disso, pode haver risco de exposição do recém-nascido aos hormônios esteroides.
- Doença cardíaca isquêmica atual ou no passado: pode ocorrer redução do HDL-colesterol devido à ação hipoestrogênica.
- Doença tromboembólica atual.
- Enxaqueca com sintomas neurológicos focais.
- Câncer de ovário.
- Câncer endometrial.
- Câncer de mama atual ou no passado e sem evidência de doença nos últimos cinco anos.
- Risco aumentado para DST: existe aumento do risco para doença inflamatória pélvica.

Continua...

- Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos três meses (incluindo cervicite purulenta): existe aumento do risco para doença inflamatória pélvica.
- Doença sexualmente transmissível atual ou nos últimos três meses, incluindo cervicite purulenta
- Aids: para início de uso, essa condição enquadra-se na Categoria 3. Para continuação de uso, enquadra-se na Categoria 2. Se a mulher encontra-se clinicamente bem, mas em terapia ARV, essa condição enquadra-se na Categoria 2.
- Hepatite viral ativa: os progestogênios são metabolizados no fígado e seu uso afeta negativamente mulheres com a função hepática comprometida. Além disso, os progestogênios aceleram o crescimento de tumores.
- Cirrose grave (descompensada): os progestogênios são metabolizados no fígado e seu uso afeta negativamente mulheres com a função hepática comprometida. Além disso, os progestogênios aceleram o crescimento de tumores.
- Tumores hepáticos benignos e malignos: os progestogênios são metabolizados no fígado e seu uso afeta negativamente mulheres com a função hepática comprometida. Além disso, os progestogênios aceleram o crescimento de tumores.
- Doença trofoblástica benigna e maligna.
- Tuberculose pélvica: existe aumento do risco para infecção secundária e sangramento.
- Gravidez: nenhum método é indicado; qualquer risco potencial é considerado inaceitável. O uso de DIU durante a gravidez aumenta bastante o risco para abortamento espontâneo e aborto séptico.
- Infecção puerperal.
- Após aborto séptico.
- Sangramento vaginal inexplicado (suspeita de condições sérias antes do diagnóstico): se há suspeita de gravidez ou alguma doença subjacente, deve-se investigar e reavaliar a indicação do método após.
- Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina: o correto posicionamento do DIU na cavidade uterina pode ser impossível.
- Mioma uterino com distorção da cavidade uterina.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

Os métodos comportamentais, também conhecidos como métodos de abstinência periódica ou de percepção da fertilidade ou métodos naturais, são técnicas para obter ou evitar a gravidez, mediante a identificação do período fértil da mulher. O casal pode concentrar as relações sexuais nessa fase, caso deseje obter uma gravidez, ou abster-se de relações sexuais vaginais, caso deseje evitar a gravidez.

O sucesso dos métodos comportamentais depende do reconhecimento dos sinais da ovulação (aproximadamente 14 dias antes do início da menstruação) e do período fértil. Sabe-se que, após a postura ovular, o óvulo possui sobrevida de apro-

ximadamente 24 horas. Por sua vez, os espermatozoides, após ejaculação no trato genital feminino, têm capacidade para fecundar o óvulo por um período de até aproximadamente seis dias. Para que haja fecundação, tem que ocorrer a ovulação e pelo menos um coito próximo a ela, pois é necessário que se encontrem um espermatozoide com um óvulo e que ambos estejam em boas condições para poder unirem-se. Isso só pode ocorrer se o coito antecede a ovulação por não mais de cinco dias ou se coincide com a ovulação (CROXATTO, 2001).

Em consequência, seria suficiente praticar a abstinência de relação sexual vaginal durante seis dias em cada ciclo para garantir efeito anticoncepcional de alta eficácia. A razão pela qual o período de abstinência deve ser maior é que não há métodos confiáveis para predizer, de maneira precisa, quando ocorrerá a ovulação, que é um fenômeno variável, de pessoa para pessoa e, na mesma pessoa, em diferentes períodos de tempo.

A maior ou menor eficácia desses métodos dependerá então da precisão com que seja possível predizer a ovulação, do cálculo adequado da margem de segurança para evitar erros devidos à variabilidade e da adesão ao modo de uso do método, ou seja, a capacidade de manter abstinência de relações sexuais vaginais no período indicado, o que faz necessária a colaboração de ambos os parceiros.

Eficácia

A eficácia dos métodos baseados na percepção da fertilidade varia muito, mais do que a dos outros métodos anticoncepcionais, porque depende muito da maneira como são usados. Para maior eficácia, o casal deve abster-se de relações sexuais com penetração vaginal durante todo o período fértil. Manter relações vaginais durante o período fértil, ainda que usando métodos de barreira, diminui a eficácia.

Em geral, todos os métodos baseados na percepção da fertilidade são pouco eficazes no uso rotineiro ou habitual, apresentando taxa de gravidez de 20 em 100 mulheres no primeiro ano de uso. Podem ser eficazes ou muito eficazes, quando usados de forma correta e consistente:

- **Tabela ou calendário ou ritmo:** nove em 100 mulheres no primeiro ano de uso.
- **Muco cervical:** três em 100 mulheres no primeiro ano de uso.
- **Temperatura corporal basal:** uma em 100 mulheres no primeiro ano de uso (somente quando as relações sexuais acontecem apenas depois da ovulação e antes da **próxima menstruação).**
- **Sintotérmico:** duas em 100 mulheres no primeiro ano de uso.
- **Método dos dias fixos ou método do colar:** recentemente o método dos dias fixos (colar) foi avaliado, num estudo muito bem controlado, e os resultados mostraram taxa de gravidez de 4,75 em 100 mulheres em uso correto e 11,96 em mulheres que tiveram algumas relações durante o período fértil definido pelo método.

No período fértil, o casal pode namorar, trocar carícias, desde que tenha os cuidados necessários para que não haja contato do pênis com a vagina, se houver o desejo de evitar a gravidez. O homem não deve ejacular próximo à entrada da vagina, por exemplo, na coxa, no períneo ou na virilha.

Pontos-chave

- Baixa eficácia em uso rotineiro.
- Desaconselha-se o uso desses métodos em mulheres que apresentam longos períodos de anovulação, ciclos irregulares ou amenorreia, assim como nas adolescentes, nos períodos pós-parto, pós-aborto, durante a amamentação e na perimenopausa; ou seja, nas situações em que as mulheres tenham dificuldade de interpretar seus sinais de fertilidade. Esses métodos também não estão indicados em casos onde a mulher tem dificuldades de seguir as orientações de uso do método e cuja gravidez constitui risco de vida (LIMA,2005).
- Esses métodos requerem disciplina, conhecimento do funcionamento do corpo, observação atenta e a cooperação de ambos os parceiros.
- A eficácia depende de seu uso correto e da cooperação de ambos os parceiros.
- Não têm efeitos colaterais orgânicos.
- Favorecem o conhecimento da fisiologia reprodutiva.
- **Não previnem contra DST/HIV/Aids.**

Existem várias modalidades de métodos anticoncepcionais baseados na percepção da fertilidade que usam diferentes técnicas para identificar os dias em que deve ser praticada a abstinência de relações sexuais vaginais.

TABELA OU CALENDÁRIO OU RITMO – OGINO-KNAUS

Esse método baseia-se no fato de que a duração da segunda fase do ciclo menstrual (pós-ovulatória ou fase lútea) é relativamente constante, com a ovulação ocorrendo entre 11 e 16 dias antes do início da próxima menstruação (BRASIL, 2002c).

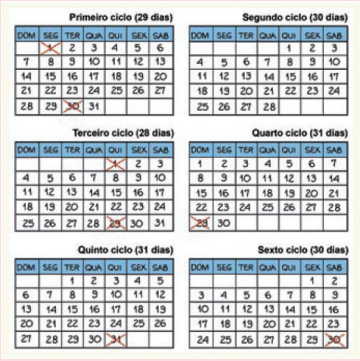
O cálculo do período fértil da mulher é feito mediante a análise de seu padrão menstrual prévio, durante 6 a 12 meses.

A mulher que quiser usar esse método deve ser orientada a marcar em um calendário, durante pelo menos seis meses, o primeiro dia de cada menstruação, para verificar o número de dias que durou cada ciclo menstrual.

Técnica de uso do método – instruções às usuárias

- Verificar a duração (número de dias) de cada ciclo, contando desde o primeiro dia da menstruação (primeiro dia do ciclo) até o dia que antecede a seguinte (último dia do ciclo).
- Verificar o ciclo mais curto e o mais longo.
- Calcular a diferença entre eles. Se a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto for de 10 dias ou mais, a mulher não deve usar esse método.
- Determinar a duração do período fértil da seguinte maneira:
  - Subtraindo-se 18 do ciclo mais curto, obtém-se o dia do início do período fértil.
  - Subtraindo-se 11 do ciclo mais longo, obtém-se o dia do fim do período fértil.
- Para evitar a gravidez, orientar a mulher e/ou casal para abster-se de relações sexuais vaginais durante o período fértil.

Exemplo



Primeiro ciclo (29 dias)

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
	~~1~~	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	~~30~~	31			

Segundo ciclo (30 dias)

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28			

Terceiro ciclo (28 dias)

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
				~~1~~	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	~~29~~	30	31

Quarto ciclo (31 dias)

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
~~29~~	30					

Quinto ciclo (31 dias)

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	~~31~~		

Sexto ciclo (30 dias)

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	~~30~~

O ciclo mais curto e o ciclo mais longo foram, nesse exemplo, 28 e 31 dias, respectivamente.

A diferença entre o ciclo mais curto e o ciclo mais longo, nesse exemplo, é de três dias.

Início do período fértil = 28 - 18 = 10º dia

Fim do período fértil = 31 - 11 = 20º dia

Nesse exemplo, o período fértil determinado foi do 10º ao 20º dia do ciclo menstrual (ambos os dias, inclusive), com uma duração de 11 dias.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Elaborar com a mulher e/ou orientá-la para fazer o cálculo de sua tabela, sempre com base nos 6 a 12 ciclos mais recentes, que devem estar marcados no calendário.

- Para evitar a gravidez, orientar a mulher e/ou casal para abster-se de relações sexuais vaginais no período fértil, lembrando que a eficácia do método depende da colaboração de ambos os parceiros.
- Alertar a usuária para o fato de que cada mulher tem um padrão menstrual próprio e que os cálculos devem ser individualizados, portanto, a tabela de uma mulher não serve para outra.
- Recomendar especial atenção a fatores que possam alterar o ciclo menstrual: doenças, estresse, depressão, mudança de ritmo de trabalho, entre outros.
- Reforçar o aconselhamento.
- Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vistas à dupla proteção.
- A orientação para uso da tabela pode ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- Na ocorrência de coito desprotegido no período fértil, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar a qualidade dos registros e a capacidade da mulher e/ou do casal em cumprir as instruções de uso do método.
- Refazer os cálculos com a usuária a cada seis meses, sempre com base nos últimos 6 a 12 ciclos.
- Reforçar as recomendações dadas na primeira consulta.
- Agendar o primeiro retorno depois de um mês. Retornos subsequentes de seis em seis meses.

CURVA TÉRMICA BASAL OU DE TEMPERATURA

Esse método fundamenta-se nas alterações da temperatura basal que ocorrem na mulher ao longo do ciclo menstrual.

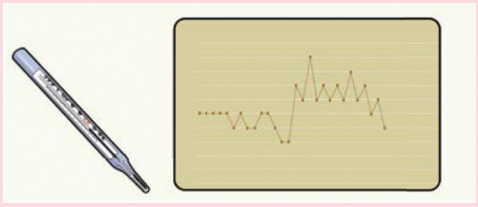
A temperatura basal corporal é a temperatura do corpo em repouso.

Antes da ovulação, a temperatura basal corporal permanece num determinado nível baixo; após a ovulação, se eleva ligeiramente (alguns décimos de grau centígrado), permanecendo nesse novo nível até a próxima menstruação. Esse aumento de temperatura é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem um efeito termogênico. O método permite, portanto, por meio da mensuração diária da temperatura basal, a determinação da fase infértil pós-ovulatória.

O casal que não deseja engravidar deve evitar as relações sexuais com penetração vaginal no período de quatro a cinco dias antes da data prevista da ovulação até o quarto dia da temperatura basal alta.

Técnica de uso do método – instruções às usuárias

- A partir do primeiro dia do ciclo menstrual, verificar diariamente a temperatura basal, pela manhã, antes de realizar qualquer atividade e após um período de repouso de no mínimo cinco horas, procedendo da seguinte forma:
  - Usar termômetro comum para a medida da temperatura.
  - O termômetro deve ser sempre o mesmo (no caso de quebra ou qualquer outro dano, anotar o dia da sua substituição). Abaixar o nível de marcação do termômetro na véspera.
  - A temperatura pode ser verificada por via oral, retal ou vaginal. A temperatura oral deve ser verificada colocando-se o termômetro embaixo da língua e mantendo-se a boca fechada, pelo tempo mínimo de cinco minutos. A temperatura retal ou vaginal deve ser verificada por, no mínimo, três minutos.
  - Um vez escolhida a via de verificação da temperatura, esta deve ser mantida durante todo o ciclo.
- Registrar a temperatura observada a cada dia do ciclo menstrual em papel quadriculado comum (0,5 cm = 0,1°C). Ligar os pontos referentes a cada dia, formando uma linha que vai do primeiro ao segundo ao terceiro etc. Cada ciclo menstrual terá seu gráfico próprio de temperatura basal corporal.



- Verificar a ocorrência de aumento persistente da temperatura basal por quatro dias no período esperado após a ovulação.
- Reconhecer que a diferença de no mínimo 0,2°C entre a última temperatura baixa e as três temperaturas altas que se seguem indica a mudança da fase ovulatória para a fase pós-ovulatória do ciclo menstrual, durante a qual a temperatura se manterá alta, até a época da próxima menstruação. O período fértil termina na manhã do quarto dia em que for observada a temperatura elevada.
- Para evitar a gravidez, o casal deve abster-se das relações sexuais vaginais durante toda a primeira fase do ciclo menstrual e até a manhã do dia em que se verificar a quarta temperatura alta acima da linha de base, principalmente durante os primeiros meses de uso do método. Posteriormente, sendo possível predizer a data da ovulação, com base nos registros anteriores, a abstinência sexual pode ficar limitada ao período de quatro a cinco dias antes da data prevista da ovulação e até a manhã do quarto dia da temperatura alta.

- Atentar para os seguintes fatores que podem alterar a temperatura basal, registrando-os no gráfico quando ocorrerem:
  - Mudança no horário de verificação da temperatura.
  - Ingestão de bebidas alcoólicas.
  - Recolher-se tarde da noite para dormir.
  - Perturbações do sono, sono interrompido (necessidade de se levantar com frequência, insônia).
  - Doenças como resfriados, gripes ou outras infecções.
  - Mudanças de ambiente (principalmente nos períodos de férias).
  - Perturbações emocionais, fadiga, estresse, entre outros.
  - Refeição muito próxima do horário de dormir.
  - Relações sexuais na madrugada.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Solicitar que a mulher elabore o registro da temperatura basal durante um ciclo, abstendo-se de relações sexuais sem proteção.
- Caso a mulher apresente dificuldade para traçar o gráfico, solicitar que simplesmente anote os dias com as respectivas temperaturas e traga essas anotações ao serviço de saúde, para elaborar o gráfico com o profissional de saúde.
- Recomendar especial atenção a fatores que possam influir nos valores da temperatura basal, solicitando à mulher que anote sua ocorrência no gráfico.
- Recomendar especial atenção a fatores que possam alterar o ciclo menstrual: doenças, estresse, depressão, mudança de ritmo de trabalho, entre outros.
- Reforçar o aconselhamento. Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vistas à dupla proteção.
- A orientação para uso do método da curva basal pode ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- Na ocorrência de coito desprotegido no período fértil, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar a qualidade dos registros e a capacidade da mulher e/ou do casal em cumprir as instruções de uso do método.

- Havendo boa qualidade do registro e condições de interpretação, orientar o casal para abstenção de relações sexuais vaginais durante toda a fase pré-ovulatória do ciclo menstrual e até a manhã do quarto dia depois da elevação da temperatura, para evitar a gravidez.
- Caso a mulher retorne apenas com as anotações das datas e das temperaturas, fazer o gráfico com ela, explicando-lhe como proceder.
- Reforçar as recomendações dadas na primeira consulta.
- Os retornos devem ser mensais durante os seis primeiros meses de uso do método. Retornos subsequentes anuais (BRASIL, 2002b).

MUCO CERVICAL – BILLINGS

Esse método baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto-observação, com relação às mudanças do muco cervical e à sensação de umidade na vagina ao longo do ciclo menstrual.

O muco cervical é uma secreção produzida no colo do útero pelo epitélio glandular das criptas cervicais, que, por ação hormonal, apresenta transformações características ao longo do ciclo menstrual, possibilitando dessa maneira a identificação do processo ovulatório.

Modificações do muco cervical ao longo do ciclo menstrual

Fase pré-ovulatória

Ao término da menstruação, pode começar uma fase seca, que não tem muco, ou com sensação igual e contínua na aparência e na sensação. O casal pode ter relações sexuais nos dias da fase seca, em noites alternadas (para que o sêmen não prejudique a observação do muco cervical). Depois, surge um muco esbranquiçado e pegajoso, que se quebra quando esticado.

Às vezes, o muco cervical aparece na própria menstruação ou logo no primeiro dia de seu término, especialmente nos casos em que o período menstrual é longo e o ciclo é curto.

Fase ovulatória

O muco cervical inicialmente é esbranquiçado, turvo e pegajoso; sob ação estrogênica, vai se tornando a cada dia mais elástico e lubrificante, semelhante à clara de ovo (transparente, elástico, escorregadio e fluido), podendo-se puxá-lo em fio; produz na vulva uma sensação de umidade e lubrificação, indicando o tempo da fertilidade – esse é o período em que os espermatozoides têm maior facilidade de penetração no colo uterino.

O último dia de aparência elástica do muco chama-se ápice.

O dia ápice, no entanto, só pode ser reconhecido posteriormente, pois, somente quando o muco elástico desaparece ou retorna à aparência de muco pegajoso, com sensação de secura, é que se identifica que o dia anterior foi o dia ápice. Os três dias que se seguem a ele são também considerados dias férteis. O quarto dia após o dia do ápice marca o início de um período infértil. O casal que não deseja engravidar deve evitar ter relações sexuais com penetração vaginal quando a mulher sentir mudança na secura até o quarto dia após o ápice.

Técnica de uso do método – instruções às usuárias

- Observar, diariamente, a presença ou ausência de fluxo mucoso, mediante sensação de secura ou umidade da vulva.
- Analisar as características do muco, de acordo com a seguinte descrição: pegajoso, turvo, elástico, claro, transparente ou sensação escorregadia.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Solicitar que a mulher proceda ao registro das características e sensações que tem na vulva durante o ciclo. Durante esse primeiro ciclo, a mulher deve ser acompanhada semanalmente.
- Para a prática de uso do método, recomendar que se observe o muco (aparência e sensação) várias vezes ao dia e que se faça o registro dessas observações à noite. Se no mesmo dia forem observados dois tipos de muco, deve-se anotar no fim do dia apenas o tipo de muco mais indicativo de fertilidade.
- Reforçar, para a mulher, que o aspecto e a sensação relativa ao fluxo mucoso são muito mais importantes que a quantidade de muco.
- Reforçar ainda que o padrão de muco de cada mulher é individual, não sendo possível determiná-lo com antecipação.
- Orientar a mulher a descrever o muco e a sensação com suas próprias palavras, diariamente, no seu gráfico.

- Recomendar especial atenção a fatores que possam alterar o ciclo menstrual: doenças, estresse, depressão, mudança de ritmo de trabalho, entre outros.
- Reforçar o aconselhamento. Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vistas à dupla proteção.
- A orientação para uso do método do muco cervical pode ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- Na ocorrência de coito desprotegido no período fértil, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar a qualidade dos registros e a capacidade da mulher e/ou do casal em cumprir as instruções de uso do método.
- Durante os retornos do período de aprendizagem (primeiros ciclos), se a mulher ainda não for capaz de distinguir entre os tipos de muco e sensações, e consequentemente não souber distinguir o dia ápice, orientar para que se abstenha de relações sexuais com penetração vaginal quando houver qualquer tipo de muco ou lubrificação até a quarta noite após este haver desaparecido, caso deseje evitar a gravidez.
- Quando a mulher já tiver aprendido a distinguir bem os tipos de muco e sensações, orientar para que se abstenha de relações sexuais durante os dias de muco com características do período ovulatório (claro, elástico, conferindo sensação lubrificante), até a quarta noite após o dia ápice, caso deseje evitar a gravidez.
- Reforçar as recomendações dadas na primeira consulta.
- Os retornos devem ser semanais durante o primeiro mês. Retornos quinzenais até o terceiro mês. Retornos mensais até o sexto mês. Retornos subsequentes semestrais (BRASIL, 2002b).

12.7.4. Sintotérmico

Esse método baseia-se na combinação de múltiplos indicadores da ovulação, com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade.

Fundamentalmente, ele combina os métodos da tabela, do muco cervical, da temperatura basal e a observação de sinais e sintomas que indicam o período fértil da mulher.

Os parâmetros subjetivos relacionados com a ovulação podem ser, entre outros:

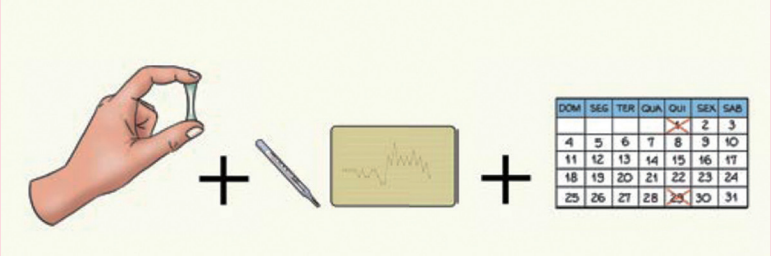
- Dor abdominal.
- Sensação de peso nas mamas, mamas inchadas ou doloridas.
- Variações de humor e/ou da libido.

- Outros sintomas e sinais (enxaqueca, náuseas, acne, aumento de apetite, ganho de peso, sensação de distensão abdominal, sangramento intermenstrual, entre outros).

A mulher que deseja fazer uso desse método deve estar completamente familiarizada com as técnicas de cada um dos métodos comportamentais já descritos anteriormente.

Técnica de uso do método – instruções às usuárias

- Registrar, diariamente, os dados sobre as características do muco cervical, as temperaturas e os sintomas que eventualmente possa sentir.
- Identificar o início do período fértil por meio de um dos métodos a seguir ou a combinação deles:
  - Método da tabela: o ciclo mais curto dos últimos 6 a 12 ciclos menos 18 dias.
  - Método do muco cervical: primeiro dia de muco.
- Identificar o término do período fértil de um dos métodos a seguir ou a combinação deles:
  - Método da temperatura basal corporal: quatro dias após a manutenção da temperatura basal elevada.
  - Método do muco cervical: quarta noite após o ápice do muco.
  - Método da tabela: o ciclo mais longo dos últimos 6 a 12 ciclos menos 11 dias.
- Para evitar a gravidez, o casal deve abster-se de relações sexuais vaginais durante o período fértil.



ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Fazer todas as recomendações referentes a cada um dos métodos naturais.
- Recomendar especial atenção a fatores que possam alterar o ciclo menstrual: doenças, estresse, depressão, mudança de ritmo de trabalho, entre outros.

- Reforçar o aconselhamento. Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vistas à dupla proteção.
- A orientação para uso do método sintotérmico pode ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- Na ocorrência de coito desprotegido no período fértil, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar a qualidade dos registros e a capacidade da mulher e/ou do casal em cumprir as instruções de uso do método.
- Reforçar as recomendações dadas na primeira consulta.
- Os retornos devem ser semanais durante o primeiro mês. Retornos quinzenais até o terceiro mês. Retornos mensais até o sexto mês. Retornos trimestrais até o primeiro ano. Retornos subsequentes semestrais (BRASIL, 2002b).

MÉTODO DOS DIAS FIXOS OU MÉTODO DO COLAR

Esse método é uma simplificação do método da tabela, que facilita e encurta o tempo requerido para ensinar/aprender a utilizar a abstinência periódica e proporciona um mecanismo para que o casal identifique com facilidade o período fértil do ciclo menstrual (BRASIL, 2002b).

Também requer a análise do padrão menstrual da mulher nos últimos seis meses, mas apenas para verificar se os ciclos não foram mais curtos que 26 dias nem mais longos que 32 dias. As mulheres com ciclos mais curtos ou mais longos que 26 e 32 dias, respectivamente, não podem utilizar esse método.

Com base em estudos clínicos com número grande de usuárias, foi possível estabelecer qual seria o período fértil das que apresentam ciclos de 26 a 32 dias, que pode servir para a grande maioria delas. Para simplificar o seu uso, recomenda-se usá-lo com o auxílio de um colar de contas coloridas que guia na detecção do período fértil.

Esse método identifica os dias 8º ao 19º do ciclo menstrual como férteis para aquelas mulheres com ciclos de 26 a 32 dias de duração (JENNINGS; AREVALO, 2003).

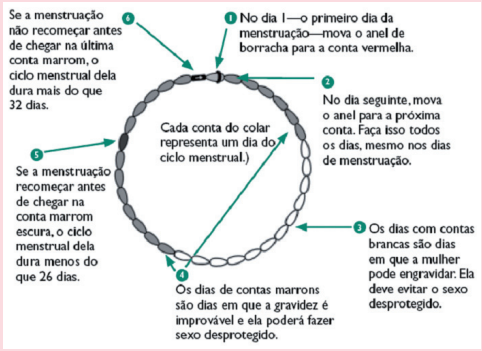
Para evitar a gravidez, o casal deve abster-se de relações sexuais vaginais no período que vai do 8º ao 19º dia do ciclo menstrual.

Técnica de uso do método – instruções às usuárias

Utiliza-se um colar de contas (confeccionado artesanalmente) para identificar os dias férteis e inférteis de cada ciclo. O colar deve começar com uma conta de cor

vermelha, que sinaliza o primeiro dia da menstruação. Segue-se por seis contas de cor marrom, que indicam o período infértil do início do ciclo menstrual. As contas de 8 a 19 são de cor branca, para sinalizar o período fértil. A partir da 20ª até a 32ª, as contas são novamente de cor marrom, indicando o período infértil da segunda metade do ciclo menstrual. Após a 32ª conta, chega-se novamente à conta vermelha, que indica o primeiro dia da menstruação.

O colar tem um anel de borracha preto que deve estar situado sobre a conta vermelha no primeiro dia da menstruação e deve mover-se diariamente à conta seguinte. As contas são ovaladas, com um extremo fino dirigido para a conta vermelha, para facilitar a passagem do anel de borracha, e o outro extremo redondo, para dificultar a passagem do anel na direção oposta. Dessa forma, é fácil saber em que direção deve se mover o anel de borracha preto a cada dia. O casal deve anotar em um calendário normal o primeiro dia de cada menstruação, para poder verificar se há algum erro na passagem do anel preto.



Enquanto o anel preto estiver sobre as contas marrons, o casal pode ter relações sexuais vaginais, com risco mínimo de engravidar. A partir do dia em que o anel chega às contas brancas, o casal deve abster-se de relações sexuais vaginais, até atingir novamente as contas marrons.

Se a menstruação chegar antes que o anel de borracha tenha alcançado a conta vermelha, será preciso pular as contas marrons que ainda faltarem e passar o anel até

a conta vermelha indicativa do primeiro dia da menstruação. Se, pelo contrário, o anel atingir a conta vermelha antes de chegar a menstruação, ele deve ficar nesse lugar esperando a menstruação chegar. Se demorar mais de um dia em retornar a menstruação, significa que o ciclo durou mais que 32 dias ou que houve algum erro na passagem do anel de borracha de uma conta para a seguinte. De qualquer forma, quando isso acontecer, o casal deve ir ao serviço de saúde para verificar se pode seguir usando o método. O método do colar somente é apropriado para casais em que a mulher tenha ciclos regulares, de 26 a 32 dias de duração.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Elaborar com a mulher e/ou orientá-la para calcular a duração de seus últimos seis ciclos menstruais. Recomendar o método somente se seus ciclos variam entre 26 e 32 dias de duração.
- Orientar a mulher e/ou o casal para marcar em um calendário comum o primeiro dia de cada menstruação. Dessa forma, poderão verificar, em qualquer momento, se o anel corresponde ao dia correto do ciclo.
- Para evitar a gravidez, orientar o casal para abster-se de relações sexuais com penetração vaginal no período fértil.
- Recomendar especial atenção a fatores que possam alterar o ciclo menstrual: doenças, estresse, depressão, mudança de ritmo de trabalho, entre outros.
- Reforçar o aconselhamento. Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vistas à dupla proteção.
- A orientação para uso do método do colar pode ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- Na ocorrência de coito desprotegido no período fértil, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar a capacidade do casal de anotar o primeiro dia da menstruação, quando o anel de borracha deve estar sobre a conta vermelha, assim como de seguir as instruções de avançar o anel de borracha preto cada dia e de identificar os dias nas contas marrons como inférteis (dias em que podem ter relações sexuais vaginais) e os dias nas contas brancas como férteis (dias em que devem se abster de relações sexuais vaginais).
- Reforçar as recomendações dadas na primeira consulta.
- O primeiro retorno deve ser no terceiro mês. Retornos subsequentes semestrais (BRASIL, 2002b).

COITO INTERROMPIDO

Além dos métodos descritos acima, existem práticas sexuais que podem ser consideradas como métodos comportamentais, já que reduzem o risco de gravidez indesejada. São elas: a relação sexual sem penetração vaginal e o coito interrompido.

São práticas muito usadas, embora não sejam recomendadas como único método anticoncepcional. Podem ser especialmente úteis em situações de emergência, nas quais, por alguma razão, não se dispõe de outro método contraceptivo e não é possível evitar a relação sexual.

Com relação ao coito interrompido, o homem retira o pênis da vagina um pouco antes da ejaculação e o sêmen é depositado longe dos genitais femininos. Esse método também é conhecido como "gozar fora".

O coito interrompido, apesar de ser muito usado, não deve ser estimulado como método anticoncepcional, porque é grande a possibilidade de falha, considerando que o líquido que sai pouco antes da ejaculação pode conter espermatozoides. Além disso, às vezes o homem não consegue interromper a relação antes da ejaculação.

O coito interrompido pode gerar tensão entre o casal, pois a relação fica incompleta.

MÉTODO DA LACTAÇÃO E AMENORREIA – LAM

É um método anticoncepcional temporário que consiste no uso da amamentação exclusiva para evitar a gravidez.

A amamentação tem efeito inibidor sobre a fertilidade. A amamentação é um método importante de planejamento familiar, pois é acessível à maioria das mulheres e, efetivamente, contribui para o espaçamento entre as gestações. Entre as mulheres que amamentam, a possibilidade de retomada das ovulações é remota nos primeiros dois meses pós-parto. A incidência acumulada de gravidez após seis meses de amenorreia da lactação, em amamentação exclusiva, é inferior a 1% (REIS; CAMARGOS; ALDRIGHI, 2005).

Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva (o bebê não recebe nenhum outro tipo de alimento e líquidos), à livre demanda (amamentação frequente, durante o dia e a noite), com amenorreia, está associada a taxas baixíssimas de gravidez (0,5 a 2%) (BRASIL, 2002b; HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001).

A eficácia da amamentação como método contraceptivo depende, portanto, de sucção frequente para promover intensa liberação de prolactina e o consequente bloqueio da liberação pulsátil de gonadotrofinas pela hipófise. Dessa forma, considera-se que a lactação é um método efetivo de planejamento familiar, se forem obedecidas duas condições (REIS; CAMARGOS; ALDRIGHI, 2005):

- O aleitamento materno deve ser a única fonte de alimento do bebê. Portanto, a amamentação deve ser exclusiva ao seio, na hora em que o bebê quiser, durante o dia e durante a noite, sem chás, sucos ou água.
- A mulher deve permanecer em amenorreia. O retorno das menstruações indica que provavelmente a secreção de prolactina não é mais intensa o suficiente para bloquear o eixo hipotálamo-hipófise-ovário e produzir anovulações e amenorreia.

Os profissionais de saúde devem encorajar a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses. A mulher disposta a realizar amamentação exclusiva nos primeiros seis meses após o parto pode utilizar o LAM como método anticoncepcional, ou associar o LAM com outro método anticoncepcional que não interfira na amamentação.

O efeito inibidor da fertilidade produzido pelo LAM deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações ou aparecimento de manchas de sangue (sangramento nos primeiros 56 dias ou até oito semanas após o parto não é considerado sangramento menstrual) e também quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê, à livre demanda. Nessas situações, é preciso escolher outro método anticoncepcional, mas a mulher pode continuar amamentando.

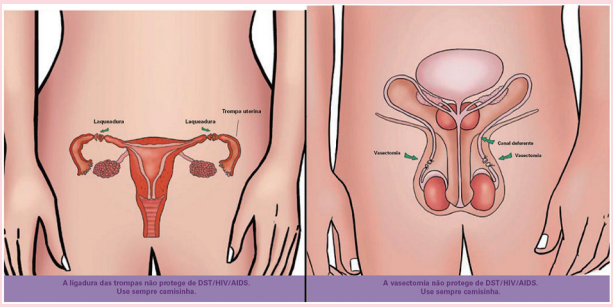
Usar outro método anticoncepcional quando (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007):

- A menstruação retornar.
- A mulher parar de amamentar em tempo integral e começar a oferecer outros alimentos e líquidos.
- O bebê completar seis meses.
- A mulher não quiser mais somente o LAM como método anticoncepcional.

Se quaisquer dessas condições estão presentes, ajudar a mulher a escolher outro método.

MÉTODOS CIRÚRGICOS

Os métodos cirúrgicos são métodos contraceptivos definitivos – esterilização – que podem ser realizados na mulher, por meio da ligadura das trompas (laqueadura ou ligadura tubária), e no homem, por meio da ligadura dos canais deferentes (vasectomia).



Por serem métodos contraceptivos de caráter definitivo, deve-se levar em consideração a possibilidade de arrependimento da mulher ou do homem e o pouco acesso das pessoas às técnicas de reversão da cirurgia.

Assim sendo, antes da escolha de um método contraceptivo permanente, laqueadura tubária ou vasectomia, vários fatores, e não apenas sua eficácia e segurança, devem ser analisados. Acolhimento do casal, informação, aconselhamento e consentimento esclarecido são impositivos éticos e legais antes de uma esterilização cirúrgica (ROSAS, 2005).

No aconselhamento, deve ser desencorajada a esterilização precoce, ressaltando-se a existência de métodos reversíveis com eficácia similar aos métodos cirúrgicos.

No Brasil, a esterilização cirúrgica está regulamentada por meio da Lei nº 9.263/96, que trata do planejamento familiar, a qual estabelece no seu art. 10 os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução.

No art. 10, da referida Lei, está estabelecido que:

> Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:
>
> I – em homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

> II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos (BRASIL, 1996).

A legislação federal (BRASIL, 1996) impõe, como condição para a realização da esterilização cirúrgica, o registro da expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

A legislação federal (BRASIL, 1996) estabelece, ainda, que, em vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

IMPORTANTE: a laqueadura tubária e a vasectomia não protegem contra as DST/HIV/Aids; considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vistas à dupla proteção.

LAQUEADURA TUBÁRIA

A laqueadura tubária, também conhecida como ligadura tubária, ligadura de trompas e anticoncepção cirúrgica voluntária, é um método de esterilização feminina que consiste em algum procedimento cirúrgico de oclusão da trompa de Falópio, com a finalidade de interromper a sua permeabilidade e, consequentemente, a função do órgão, com fim exclusivamente contraceptivo.

A legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores (BRASIL, 1996). Essa restrição visa à redução da incidência de cesárea para procedimento de laqueadura, levando-se em consideração que o parto cesariano, sem indicação clínica, constitui-se em risco inaceitável à saúde da mulher e do recém-nascido. Além disso, esses momentos são marcados por fragilidade emocional, em que a angústia de uma eventual gravidez não programada pode influir na decisão da mulher. Ademais, há sempre o risco de que uma patologia fetal, não detectada no momento do parto, possa trazer arrependimento posterior à decisão tomada (ROSAS, 2005).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, a esterilização feminina manteve-se como o método contraceptivo mais frequentemente utilizado entre mulheres unidas (29%), seguida pela pílula (25%). A pesquisa apontou ainda que a maior parte das cirurgias de esterilização feminina continua sendo associada ao parto cesariano (59%), o que certamente contribui para as altas e inaceitáveis taxas de partos cirúrgicos realizados no Brasil (44%). Por sua vez, a vasectomia responde a 5% das práticas contraceptivas (BRASIL, 2008).

No Brasil, observa-se, portanto, certo abuso da utilização da laqueadura tubária como método contraceptivo, que se soma ao cenário preocupante de que é frequentemente praticada durante a cesariana no setor privado.

Mecanismo de ação

A obstrução mecânica das trompas impede que os espermatozoides migrem ao encontro do óvulo, impedindo a fertilização.

Eficácia

Muito eficaz e permanente. No primeiro ano após o procedimento, a taxa de gravidez é de 0,5 para 100 mulheres. Dez anos após o procedimento, a taxa é de 1,8 para 100 mulheres.

A eficácia depende, em parte, de como as trompas foram bloqueadas, mas a taxa de gravidez é sempre baixa.

Técnicas de laqueadura tubária

No Brasil, assim como na maioria dos países em desenvolvimento, onde os recursos são limitados, a laqueadura tubária geralmente é realizada por meio da **mini-laparotomia**, isto é, por meio de pequena incisão cirúrgica abdominal transversa (3-5 cm), que é feita acima da linha dos pelos pubianos. Cada trompa é ligada e seccionada, ou bloqueada com um grampo ou anel.

Pode ser realizada também a **colpotomia**, que pode ser anterior (entrada pelo espaço vésico-uterino) ou posterior (entrada pelo espaço de Douglas), geralmente utilizada quando a mulher se submete a um procedimento cirúrgico por via vaginal.

Nos países desenvolvidos, a técnica mais utilizada é a **laparoscopia transumbilical**, que pode ser realizada em nível ambulatorial, com anestesia local e sedação leve. Uma pequena incisão (2 cm) é feita logo abaixo da cicatriz umbilical, por meio da qual se insere o laparoscópio. Cada trompa é bloqueada com um grampo, um anel ou por eletrocoagulação.

Quanto aos tipos de oclusão tubária:

- **Salpingectomia parcial:** é o tipo mais comum de esterilização feminina e inclui diferentes técnicas; a mais amplamente utilizada é a de Pomeroy.
- **Anéis:** o mais utilizado é o anel de silicone, também chamado anel de Yonn.
- **Grampos:** essa técnica causa menor lesão nas trompas. Os tipos mais utilizados são os grampos ou clipes de Filshie e de Hulka-Clemens.
- **Eletrocoagulação:** na eletrocoagulação, a corrente elétrica é usada para queimar ou coagular pequena parte da trompa de Falópio. A eletrocoagulação bipolar é a mais utilizada. A coagulação monopolar vem caindo em desuso, devendo ser abo-

lida, pelas complicações e relatos de mortes decorrentes das queimaduras de alças intestinais e ureterais, bem como queimaduras a distância provocadas pela fulguração (ROSAS, 2005).

Complicações (raras)

- Infecção e sangramento no local da incisão.
- Infecção ou sangramento intra-abdominal.
- Lesão de órgãos pélvicos ou abdominais.
- Reação alérgica ao anestésico.
- Embolia pulmonar.

Reversão da laqueadura tubária

A recanalização tubária é possível por microcirurgia. Entretanto, o procedimento para reverter a ligadura é difícil, caro e não está acessível para a maioria das mulheres. De qualquer forma, a cirurgia para reverter a esterilização é possível apenas em algumas mulheres, quando ainda resta um segmento de trompa. Mesmo entre estas mulheres, a cirurgia para reverter a ligadura nem sempre é bem sucedida. Por sua vez, o risco de gravidez ectópica após a reversão é alto. Por essas razões, a esterilização sempre deve ser considerada como definitiva, o que enfatiza a importância de aconselhamento muito cuidadoso e completo das pessoas e/ou casais que solicitam esse método como pré-requisito ético e legal (BRASIL, 2002c; HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001; ROSAS, 2005).

Arrependimento

Cada vez mais aumenta a demanda para reversão de esterilização tubária, decorrente do arrependimento da mulher. Diversos estudos indicaram proporção de arrependimento entre 10 e 20% das mulheres laqueadas (ROSAS, 2005).

As taxas de arrependimento são maiores nas seguintes situações:

- Entre mulheres cujas trompas foram ligadas antes dos 30 anos de idade.
- O fato de a pessoa ter poucos ou nenhum filho ou ter todos os filhos do mesmo sexo ou sem filhos do sexo masculino (para algumas culturas).
- Entre mulheres solteiras ou em união conjugal recente ou instável.
- A separação e um novo casamento.
- A pressão e influência no processo de decisão.
- Informação deficiente sobre os riscos e efeitos colaterais do procedimento, as possibilidades e o acesso à técnica de reversão.

- Insuficiente informação sobre os outros métodos anticoncepcionais.
- Quando o parceiro não apoia a decisão.
- Com história de morte de um filho após o procedimento.
- Quando o procedimento é realizado durante ou logo após o parto.

Aconselhamento

São recomendadas as seguintes informações e orientações que devem ser oferecidas ao casal no processo de discussão e decisão pré-esterilização (ROSAS, 2005):

- Enfatizar que a laqueadura tubária é um método permanente e definitivo de esterilização.
- Desencorajar a esterilização precoce.
- Esclarecer que a cirurgia de reversão tubária é procedimento caro, não acessível a todos e que nem sempre alcança sucesso.
- Envolver o casal no processo de decisão, oferecendo a vasectomia ao homem, que é procedimento seguro, de menor custo, de mais simples execução e altamente eficaz.
- Oferecer amplas informações sobre todos os métodos anticoncepcionais reversíveis e, segundo a legislação brasileira, também oferecer acesso a eles.
- Dar informações sobre as taxas de falha de cada método e da possibilidade de a gravidez ocorrer longo tempo após a esterilização.
- Informar sobre o risco de gravidez ectópica e orientar a mulher a procurar imediatamente o serviço de saúde, havendo qualquer sinal suspeito de gravidez.
- **Informar que a laqueadura tubária não protege de DST/HIV/Aids.** Deve ser abordada a necessidade de dupla proteção, ou seja, o uso combinado da laqueadura tubária com a camisinha masculina ou feminina.
- Mostrar ao casal as taxas de arrependimento após a esterilização.
- Explanar ao casal sobre o procedimento cirúrgico e seus riscos, instruções pré e pós-operatórias, tipo de anestesia, tempo de recuperação e possibilidade de mudanças no padrão menstrual.

VASECTOMIA

É um procedimento cirúrgico simples, de pequeno porte, seguro e rápido. Consiste na ligadura dos ductos deferentes. Tem por objetivo interromper o fluxo de espermatozoides em direção à próstata e vesículas seminais para constituição do líquido seminal. Pode ser realizado em ambulatório, com anestesia local, desde que se observem os procedimentos adequados para a prevenção de infecções. É também conhecida como esterilização masculina e anticoncepção cirúrgica masculina (HATCHER;

RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001; GROMATZKY; LUCON; BAUTZER, 2005).

A vasectomia não altera a vida sexual do homem. O desejo e a potência sexual continuam iguais ao que eram antes da cirurgia. A única diferença é que o esperma ejaculado não contém mais espermatozoides, mas não ocorrem alterações na quantidade e no aspecto do esperma.

Comparada à esterilização feminina, a vasectomia:

- É provavelmente um pouco mais eficaz.
- É um pouco mais segura.
- É mais fácil de ser realizada.
- É de menor custo.
- Sua eficácia pode ser verificada a qualquer momento por meio de espermograma.

Eficácia

Muito eficaz e permanente, com taxa de gravidez de 0,15 para cada 100 homens após o primeiro ano do procedimento (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001).

Mais eficaz ainda quando usada corretamente. "Usada corretamente" quer dizer usar *condons* ou outro método de planejamento familiar eficaz pelo menos nas primeiras 20 ejaculações ou por três meses após o procedimento (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001).

Recomenda-se fazer espermograma para ter certeza de que a vasectomia foi eficaz antes de liberar as relações sexuais sem proteção anticoncepcional adicional. Ele pode ser feito em qualquer momento após três meses do procedimento ou após 20 ejaculações. É necessário ter um resultado de espermograma que demonstre a azoospermia para atestar que a vasectomia funcionou. Nem o número de ejaculações nem o tempo após a cirurgia são indicadores confiáveis.

Aspectos socioculturais

Culturalmente a contracepção masculina é encarada de maneira preconceituosa, principalmente pelos homens. Em determinados países, a capacidade de gerar filhos está diretamente relacionada ao valor do homem na sociedade. Nesse contexto, a vasectomia teria conotação de perda do status social e respeito do homem (GROMATZKY; LUCON; BAUTZER, 2005).

Estudos mostram que a baixa aceitação cultural da população brasileira, associada ao receio de complicações no desempenho sexual, com diminuição da masculinidade, contribui para a baixa prevalência desse método anticoncepcional (5%) (GROMATZKY; LUCON; BAUTZER, 2005).

Técnica cirúrgica

A vasectomia pode ser realizada em ambiente ambulatorial, com anestesia local, sem necessidade de internação.

Existem diversas técnicas descritas para a realização da vasectomia. A **técnica convencional** consiste na incisão da pele da bolsa escrotal com aproximadamente um centímetro de extensão, exatamente sobre o ducto deferente individualizado. Deve ser ressecado um pequeno segmento do ducto deferente, seguido da ligadura das duas extremidades.

Na **técnica sem bisturi**, após o bloqueio anestésico, o ducto deferente é fixado à pele por meio de uma pinça autostática especial, com a ponta em anel. A pele é perfurada com uma pinça do tipo mosquito, curva, com a ponta afiada, que isola o ducto deferente, permitindo a secção e ligadura dele, como na técnica convencional. Trata-se de procedimento ambulatorial pouco invasivo, com curativo sem sutura, de imediata recuperação e liberação do paciente.

A técnica básica usada para a oclusão do ducto deferente consiste em cortá-lo e fechar as extremidades por meio de ligadura, eletrocoagulação ou colocação de grampos. Essa última não é de utilização comum.

A reversão cirúrgica é complexa, cara e não está amplamente disponível. Além disso, pequena porcentagem de homens interessados em reversão é elegível para o procedimento. Mesmo quando a reversão é possível, o sucesso do procedimento é bastante limitado.

Complicações

- Entre as complicações agudas, destacam-se: a formação de hematomas e a infecção local.
- Entre as complicações crônicas, destacam-se: a síndrome dolorosa pós-vasectomia, que inclui a congestão epididimária; a epididimite; o granuloma espermático; e a persistência de espermatozoides no ejaculado, essa última decorrente de erro técnico ou recanalização.

Orientações importantes

- Após a vasectomia, usar condons ou outro método anticoncepcional eficaz durante as próximas 20 ejaculações ou por três meses após o procedimento. Estudos mais recentes reforçam a orientação de que a liberação de relações sexuais sem proteção anticoncepcional adicional só deverá ocorrer após a realização de um espermograma cujo resultado indique azoospermia.
- Realizar o espermograma três meses após a vasectomia ou após 20 ejaculações.
- Liberar a atividade sexual sem outra proteção anticoncepcional somente quando o espermograma não indicar presença de espermatozoides.

- Enfatizar que a vasectomia não protege contra DST/HIV/Aids. Estimular o uso da dupla proteção, orientando o uso combinado da vasectomia com a camisinha masculina ou feminina.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Anticoncepção ou contracepção de emergência consiste na utilização de pílulas contendo estrogênio e progestogênio ou apenas progestogênio depois de uma relação sexual desprotegida, para evitar gravidez. Deve ser usada somente como método de emergência, e não de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional. O método também é conhecido como "pílula do dia seguinte" ou "pílula pós-coital", que utiliza compostos hormonais concentrados e por curto período nos dias seguintes da relação sexual.

A incidência da gravidez indesejada ainda é muito elevada em todo o mundo, particularmente em países em desenvolvimento. Primeiro, porque milhões de pessoas têm necessidades não satisfeitas de planejamento familiar, por falta de acesso a métodos anticoncepcionais apropriados ou por informação e apoio insuficientes para utilizá-los. Segundo, porque todos os métodos anticonceptivos falham, sem exceção. Em terceiro, é preciso considerar-se, também, que as mulheres nem sempre têm relações sexuais voluntárias ou desejadas. Existe elevada prevalência da violência sexual, da coerção sexual nas relações conjugais e da gravidez forçada (BRASIL, 2005).

A anticoncepção de emergência pode ajudar a prevenir os abortos provocados, na medida em que previne gestações indesejadas, que decorram de relações sexuais sem proteção anticoncepcional.

O método atualmente está disponível na Atenção Básica. Desde 2001, o Ministério da Saúde incluiu a pílula anticoncepcional de emergência – levonorgestrel 0,75 mg – no elenco de métodos anticoncepcionais que adquire e distribui para ser ofertado no SUS. Entretanto, apesar da disponibilidade do método, ainda existe resistência por parte de alguns profissionais de saúde em ofertá-lo, o que provavelmente está ligado à desinformação e tabus.

Ainda é presente a ideia de que a pílula anticoncepcional de emergência – a pílula apenas de progestogênio (levonorgestrel) – seja abortiva, hipótese que não tem sido confirmada em vários estudos disponíveis. Além disso, existe o receio de que a utilização da contracepção de emergência possa provocar o abandono ou substituição do uso de outros métodos anticoncepcionais, incluindo o preservativo, principalmente entre adolescentes e jovens.

Faz-se necessário esclarecer que a pílula anticoncepcional de emergência compõe o leque de recursos anticoncepcionais cientificamente aceitos e está aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), pelas Agências Reguladoras de Medicamentos da Europa, Estados Unidos e muitas da Ásia e da América Latina. Essas agências exigem que os produtos passem por rigorosa avaliação de sua segurança e eficácia antes de serem aprovados.

Não disponibilizar a anticoncepção de emergência fere os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das pessoas e a Lei federal nº 9.263, que regulamenta o planejamento familiar.

Esquemas, tipo e composição

Os esquemas utilizados para anticoncepção de emergência são de pílulas combinadas de etinilestradiol e levonorgestrel (esquema de Yuzpe) ou pílulas contendo apenas levonorgestrel – pílula anticoncepcional de emergência (PAE).

Um estudo amplo da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelou que as pílulas apenas de progestogênio (levonorgestrel) são melhores do que os anticoncepcionais orais combinados (etinilestradiol e levonorgestrel) para a anticoncepção oral de emergência. A pílula apenas de progestogênio é mais eficaz e causa menos náuseas e vômitos (BRASIL, 2005).

Mecanismo de ação

Vários estudos recentes indicaram que, quando a pílula anticoncepcional de emergência é tomada antes da ovulação, inibe ou atrasa a liberação do óvulo do ovário. Além disso, pode interferir na migração dos espermatozoides do colo uterino às trompas, ou com o processo de adesão e capacitação dos espermatozoides nas trompas. Por meio desses mecanismos, a PAE impede a fecundação. Se a fecundação já ocorreu quando a mulher toma a PAE, tem 50% de probabilidade de que o zigoto se implante e a gravidez ocorra, já que essa é a probabilidade espontânea de implantação. Na mulher, aproximadamente 50% dos zigotos são eliminados espontaneamente, antes que haja atraso menstrual. Por outro lado, se o zigoto é normal e viável, a PAE não impedirá nem alterará seu desenvolvimento, já que o levonorgestrtel é um progestogênio sintético que tem efeito protetor sobre a gravidez. Isso explica porque o método é progressivamente menos eficaz quanto mais tarde seja utilizado (CROXATTO, 2001).

A OMS, em seu Boletim Informativo de março de 2005, confirma, com base em vários estudos disponíveis, o mecanismo de ação descrito acima. **Dessa forma, pode-se afirmar que a pílula anticoncepcional de emergência não é abortiva, pois não interrompe uma gravidez estabelecida**.

Indicação

As indicações da anticoncepção de emergência são reservadas a situações especiais e excepcionais. A anticoncepção não deve ser usada de forma planejada, previamente programada, ou substituir método anticonceptivo como rotina. Entre as principais indicações da anticoncepção de emergência, encontram-se:

- Relação sexual sem uso de anticoncepcional.
- Falha ou esquecimento do uso de algum método: ruptura do preservativo, esquecimento de pílulas ou injetáveis, deslocamento do DIU ou do diafragma.

- No caso de violência sexual, se a mulher não estiver usando nenhum método anticoncepcional

Eficácia

Estima-se que depois de uma relação sexual única, desprotegida, que ocorra na segunda ou terceira semana de um ciclo menstrual, engravidam apenas 8 de cada 100 mulheres (8%). Com a anticoncepção de emergência, essa taxa cai para 2%, o que equivale a 75% de efetividade (BRASIL, 2005; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005; CROXATTO, 2001).

A eficácia da anticoncepção de emergência pode variar de forma importante em função do tempo entre a relação sexual e a sua administração. Segundo estudo multicêntrico desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, o método Yuzpe apresenta taxas de falha de 2% entre 0 e 24 horas, de 4,1% entre 25 e 48 horas e de 4,7% entre 49 e 72 horas, sendo a taxa de gravidez para o método Yuzpe em torno de 3,2%. Para os mesmos períodos de tempo, as taxas de falha do levonorgestrel são expressivamente menores: 0,4%, 1,2% e 2,7%, respectivamente, sendo a taxa de gravidez para o levonorgestrel em torno de 1,1%. Entre o quarto e o quinto dia, seguramente a taxa de falha da anticoncepção de emergência é mais elevada (BRASIL, 2005; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

O uso repetitivo ou frequente da anticoncepção de emergência compromete sua eficácia, que será sempre menor do que aquela obtida com o uso regular do método anticonceptivo de rotina.

Efeitos secundários

Os efeitos secundários associados ao uso da contracepção de emergência são significativamente mais frequentes com o método de Yuzpe do que com o levonorgestrel (BRASIL, 2005; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

Em geral, os sintomas não persistem além de 24 horas desde o uso. Os efeitos secundários mais comuns são:

- Náuseas.
- Vômitos.
- Tontura.
- Fadiga.
- Cefaleia.
- Mastalgia.
- Diarreia.
- Dor abdominal.
- Irregularidade menstrual.

Modo de uso – instruções às usuárias

A mulher deve tomar as pílulas de anticoncepção de emergência até cinco dias (120 horas) após a relação sexual desprotegida, mas, quanto mais precocemente se administra, maior a proteção.

Qualquer mulher pode usar a anticoncepção oral de emergência, mesmo aquelas que, habitualmente, tenham contraindicações ao uso de anticoncepcionais hormonais combinados. Não existem riscos para a mulher ou para o feto se for acidentalmente usada na vigência de gravidez. A ausência de contraindicações não se aplica para o uso repetitivo do método (BRASIL, 2005; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

Não deve ser utilizada como método anticoncepcional regular, mas apenas em situações de emergência. Como as pílulas do esquema de anticoncepção de emergência, tanto as de progestogênio como as combinadas, são usadas por tempo muito curto, não apresentam os mesmos problemas potenciais observados quando usadas na anticoncepção regular (BRASIL, 2005; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

Os seguintes esquemas podem ser utilizados para anticoncepção de emergência (BRASIL, 2005; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005):

- **Levonorgestrel** (comprimido de 0,75 mg ou comprimido de 1,5 mg): uma forma de realizar a anticoncepção de emergência é com o uso de progestágeno isolado, o levonorgestrel 0,75 mg ou 1,5 mg, na dose total de 1,5 mg, que pode ser administrada em dose única oral de 1,5 mg (dois comprimidos de 0,75 mg ou um comprimido de 1,5 mg) ou duas doses de 0,75 mg administradas com intervalo de 12 horas. A dose única apresenta a vantagem de simplificar o uso, evitando o esquecimento da segunda pílula após 12 horas.
- **Método Yuzpe:** utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados (etinilestradiol e levonorgestrel) divididos em duas doses iguais, com intervalo de 12 horas e com dose total de 0,2 mg de etinilestradiol e 1 mg de levonorgestrel. No caso de utilização de pílulas contendo 0,05 mg de etinilestradiol e 0,25 mg de levonorgestrel por comprimido, usar dois comprimidos a cada 12 horas. No caso de utilização de pílulas contendo 0,03 mg de etinilestradiol e 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido, usar quatro comprimidos a cada 12 horas.

O profissional de saúde deve observar os seguintes pontos:

- Avaliar com cuidado a possibilidade de gravidez. Se a mulher estiver grávida, não prescrever anticoncepção de emergência.
- Fornecer as pílulas para a anticoncepção de emergência, quando indicado.
- Explicar que as pílulas para anticoncepção de emergência podem ser usadas em qualquer momento do ciclo menstrual, porém, para maior eficácia, no tempo mais próximo possível da relação sexual desprotegida.
- Explicar como se usam os diferentes esquemas de anticoncepção de emergência, a eficácia, os efeitos secundários possíveis e o que fazer em caso de náuseas e vômitos.

- Explicar que, após tomar as pílulas para anticoncepção de emergência, a menstruação poderá ocorrer até 10 dias antes ou depois da data esperada, mas numa porcentagem importante dos casos a menstruação ocorre na data esperada com uma variação de três dias para mais ou para menos.
- Esclarecer que a anticoncepção oral de emergência não é abortiva.
- Enfatizar que a anticoncepção de emergência não protege contra posteriores relações sexuais desprotegidas, fazendo-se necessária a instituição de método regular para anticoncepção.
- **Explicar que a anticoncepção de emergência não protege contra DST/HIV/Aids.** Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado a outro método anticoncepcional, com vistas à dupla proteção.
- Esclarecer que, caso ocorra gravidez, as pílulas anticoncepcionais de emergência não provocam qualquer efeito adverso para o feto.
- Aconselhar a mulher para não usar a anticoncepção de emergência como método regular de anticoncepção porque é menos eficaz do que a maioria dos métodos regulares de anticoncepção e os efeitos secundários são mais frequentes do que para qualquer outro método hormonal.
- Explicar que o uso ocasional da anticoncepção oral de emergência não provoca riscos importantes à saúde.

Quando iniciar o uso de um método regular de anticoncepção, após a anticoncepção de emergência?

- Imediatamente após fazer uso da anticoncepção de emergência a mulher pode começar a usar métodos de barreira.
- Aguardar a próxima menstruação para começar a usar o DIU, os anticoncepcionais hormonais orais combinados e os anticoncepcionais hormonais injetáveis, se um desses métodos tiver indicação e for a escolha livre e informada da mulher.
- Aguardar o retorno dos ciclos menstruais regulares, caso a escolha seja o uso dos métodos comportamentais.
- Se a mulher optar por esperar a próxima menstruação para iniciar o uso de algum método anticoncepcional, deve ser orientada para usar preservativo até então.

Acompanhamento

- Aconselhar a mulher a retornar ou consultar um profissional de saúde se a sua próxima menstruação for bastante diferente da usual, especialmente se:
  - For escassa, e isso não corresponder ao usual.
  - Não ocorrer dentro de quatro semanas (gravidez é possível).
  - For dolorosa (possibilidade de gravidez ectópica. Porém a anticoncepção oral de emergência não causa gravidez ectópica).

- Orientar a mulher sobre doenças sexualmente transmissíveis e investigar situações de risco ou agressão sexual.
- Conversar com a mulher sobre a continuidade da anticoncepção e a proteção contra DST/HIV/Aids e ajudá-la na escolha de um método anticoncepcional eficaz. Se ela não iniciar o uso de outro método anticoncepcional imediatamente, oferecer *condons*, pelo menos até que opte por outro método anticoncepcional de uso continuado.

Manejo de intercorrências ou complicações

- **Náuseas:** recomendar à mulher que se alimente logo após ingerir as pílulas; medicamentos antieméticos podem ser ingeridos meia hora antes das pílulas anticoncepcionais de emergência e, depois, a cada 4-6 horas.
- **Vômitos:** se a mulher vomitar dentro de duas horas após tomar as pílulas, ela deve tomar nova dosagem. Se o vômito ocorrer após esse período, não deve tomar pílulas extras.
- A próxima menstruação pode começar um pouco antes ou depois da data esperada.
- A mulher deverá ficar atenta para as seguintes situações: menstruação escassa, ausente dentro de quatro semanas, dolorosa; nesses casos, deverá ser orientada a retornar para avaliação clínica.

CAPÍTULO 12

FALANDO SOBRE CONCEPÇÃO E INFERTILIDADE

Historicamente os serviços de saúde buscam ofertar meios e métodos de auxílio à anticoncepção. Pouco se fala na responsabilidade que os serviços também têm em ofertar auxílio à concepção.

A atenção em planejamento reprodutivo deve incluir a oferta de métodos e técnicas tanto para a anticoncepção como para a concepção, a depender das escolhas das pessoas quanto a ter ou não filhos. Tais meios e métodos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas.

O auxílio à concepção pode ocorrer de diferentes formas. Uma delas é disponibilizar e incentivar a **avaliação pré-concepcional**, ou seja, a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Essa avaliação constitui instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2006h).

As atividades a serem desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico completo (incluindo exame das mamas), além da realização de alguns exames complementares de diagnóstico.

Podem ser realizadas as seguintes ações (BRASIL, 2006h):

- Orientação nutricional, visando a adoção de práticas alimentares saudáveis.
- Orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas.
- Orientação quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, realizar substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto.
- Avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais.
- Administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (5 mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção).
- Orientação para o registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos.

- Investigação para rubéola e hepatite B, para o casal. Em casos negativos, providenciar a imunização prévia à gestação, tanto para a mulher quanto para o homem.
- Investigação para toxoplasmose.
- Oferecer a realização do teste anti-HIV, para o casal, com aconselhamento pré e pós-teste. Em caso de teste negativo, orientar para os cuidados preventivos e, em casos positivos, prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e sobre as medidas para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV.
- Investigação para sífilis, para o casal.
- Para as outras DST, nos casos positivos, instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica das DST) e orientar para a sua prevenção.
- Realização de colpocitologia oncótica, de acordo com o protocolo vigente.

A avaliação pré-concepcional tem-se mostrado altamente eficaz quando existem doenças crônicas, tais como (BRASIL, 2006h):

- *Diabetes mellitus*: o controle estrito da glicemia prévio à gestação e durante esta, tanto no diabetes pré-gravídico como no gestacional, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associado ao acompanhamento nutricional e dietético têm reduzido significativamente o risco de macrossomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais.
- Hipertensão arterial crônica: a adequação de drogas, o acompanhamento nutricional e dietético e a avaliação do comprometimento cardíaco e renal são medidas importantes para se estabelecer prognóstico em gestação futura.
- Epilepsia: a orientação, conjunta com neurologista, para o uso de monoterapia e de droga com menor potencial teratogênico, por exemplo, a carbamazepina, tem mostrado melhores resultados perinatais. A orientação para o uso de ácido fólico, prévio à concepção, também tem se correlacionado à redução do risco de malformação fetal, porque, nesse grupo de mulheres, a terapia medicamentosa aumenta o consumo de folato.
- Infecção pelo HIV: a assistência pré-concepcional para pessoas que vivem com o HIV pressupõe a recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ (parâmetro de avaliação de imunidade) e a redução da carga viral de HIV circulante para níveis indetectáveis. Esses cuidados, acrescidos das técnicas de assistência preconizadas para a concepção em casais HIV+ (soroconcordantes ou sorodiscordantes) e das medidas para a prevenção da transmissão vertical do HIV (uso de antirretrovirais na gestação, uso de AZT no parto e para o recém-nascido exposto e a inibição da amamentação), permitem circunstâncias de risco reduzido para a mulher e para a criança. É importante o encaminhamento para o serviço de atenção especializada (SAE) e, dessa forma, a pessoa será acompanhada conjuntamente pelo SAE e pela equipe da Atenção Básica.

Outra forma de auxiliar à concepção é acolher as angústias e queixas do casal que está tentando a gravidez, sem sucesso, iniciando o processo de orientações para a concepção e investigação de possível infertilidade.

INFERTILIDADE

A infertilidade se define como a ausência de gravidez em um casal após um ano ou mais de atividade sexual regular e sem uso de medidas anticonceptivas.

Subdivide-se em:

- **Infertilidade primária:** ausência de gestação prévia.
- **Infertilidade secundária:** se a falha na capacidade reprodutiva se estabeleceu após uma ou mais gestações.
- **Abortamento habitual ou de repetição:** ocorrência de três ou mais interrupções naturais consecutivas da gestação de até 20 semanas.
- **Esterilidade:** incapacidade definitiva de gerar filhos.

Apesar de não haver dados exatos quanto à incidência da infertilidade conjugal, a qual varia de acordo com a região geográfica, a Organização Mundial de Saúde e diversas sociedades científicas estimam que aproximadamente 8 a 15% dos casais em idade reprodutiva têm algum problema de infertilidade (BRASIL, 2005j).

Os estudos sobre as causas de infertilidade e sua distribuição na população masculina e feminina apresentam resultados diversos, conforme o país ou região em que são realizados. Levantamento realizado em 1991, em Porto Alegre, teve os seguintes resultados: 66,6% dos casos de infertilidade foram devidos a causas femininas, 18,3% a causas masculinas, 11,6% a causas desconhecidas e 3,3% a causas femininas e masculinas associadas (PASSOS, CUNHA-FILHO e FREITAS, 2004).

Nas mulheres, alguns fatores são conhecidos por aumentarem o risco de infertilidade (PASSOS, CUNHA-FILHO e FREITAS, 2004):

1. **Idade:** quanto maior a idade, maior a prevalência de infertilidade. Mulheres com mais de 35 anos já apresentam redução das chances de reprodução; próximo aos 40 anos a mulher apresenta 90% de sua fertilidade basal; de 40 a 44 anos apresentam 62% e, entre 45 e 49 anos, 14%.
2. **Doença inflamatória pélvica:** na ocorrência de um, dois, três ou mais episódios de doença inflamatória pélvica, os percentuais de mulheres acometidas por infertilidade são, respectivamente, de 11%, 34% e 54%.
3. **Fumo:** mulheres que fumam têm 1,4 vez maior chance de serem inférteis.
4. **Peso:** os extremos de peso têm relação com o pior prognóstico de fertilidade.

Quanto a essa questão do peso corporal, é importante destacar que mulheres com excesso ou falta de peso extremos têm ciclos menstruais irregulares, onde a

ovulação não ocorre ou é inadequada. A obesidade é fator que dificulta a gravidez, em virtude de, frequentemente, se acompanhar de distúrbios hormonais. O estrogênio é um hormônio sexual produzido nas células adiposas e, nos casos de produção de estrogênio em excesso, provável de ocorrer na obesidade, o corpo começa a reagir como se estivesse controlando a reprodução, limitando as chances de gravidez. Mulheres obesas costumam apresentar irregularidades menstruais e hirsutismo, especialmente quando apresentam depósito central de gordura. Podem apresentar síndrome de ovários policísticos, com oligomenorreia, anovulação e hiperandrogenismo ovariano (MEDEIROS NETO, [200-]).

O oposto também pode dificultar a gravidez. Mulheres com magreza extrema, com pouquíssima gordura corporal, por não consumirem quantidade saudável de calorias e não terem peso adequado, não produzem estrogênio suficiente em seus corpos e seus ciclos reprodutivos começam a falhar (MEDEIROS NETO, [200-]).

As causas de infertilidade podem ser divididas em quatro grandes grupos (PASSOS, CUNHA-FILHO e FREITAS, 2004):

1. Causas anatômicas relacionadas ao útero ou às trompas (fator tuboperitoneal): pode haver alterações na parte interna do útero (endométrio), como mioma, pólipo e aderência, ou pode existir obstrução ou aderências das trompas.
2. Hormonais (fatores do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas): alterações hormonais que interfiram no processo de ovulação ou em alguma outra fase da reprodução.
3. Masculinas: o fator masculino pode estar envolvido em 30 a 50% dos casos de infertilidade. Podem estar relacionadas a alterações na produção do esperma, na quantidade ou qualidade dos espermatozoides, como capacidade de movimentação e a proporção de espermatozoide com formato normal. Vários fatores ou condições podem interferir ou ter influência na produção espermática, por exemplo: traumas testiculares, uso de fármacos, presença de varicocele, doenças, entre outros.
4. Desconhecidas: para uma parcela significativa dos casos de infertilidade não se encontra nenhuma alteração ao se fazer a avaliação do casal – entre 10% e 30%. Contudo, em torno de dois terços dos casais cujo diagnóstico de infertilidade tem causa desconhecida concebem sem tratamento, embora a probabilidade de concepção seja baixa – em torno de 3% ao mês.

ABORDAGEM DA INFERTILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica deve se constituir na porta de entrada para a identificação do casal infértil. Durante a avaliação clínica, devem ser realizados anamnese, exame clínico-ginecológico, exame clínico-urológico, além da solicitação de exames complementares de diagnóstico básicos e orientações adequadas a cada caso, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira em futura ges-

tação, tais como diabetes, hipertensão e cardiopatias descompensadas, insuficiência renal crônica, obesidade mórbida e doenças infectocontagiosas e genéticas, entre outras, que ponham em risco a vida da mulher ou do feto.

Tentativas de gravidez sem sucesso podem gerar ansiedade, frustrações, inveja, culpa ou mesmo raiva; entretanto, uma vez que o casal tenha informações sobre as alternativas de tratamento, irá descobrir que as diversas opções existentes oferecem esperança de sucesso com a gravidez.

A Atenção Básica é um espaço adequado para o aconselhamento reprodutivo, o início da investigação de infertilidade e tratamento de algumas doenças que possam interferir negativamente no processo de reprodução.

1. Avaliação clínica

As consultas devem ser realizadas individualmente e também com o casal, uma vez que a infertilidade é uma condição compartilhada sendo mais facilmente ultrapassada quando existe conhecimento comum e quando realizada com comprometimento e cooperação de ambos os parceiros.

ANAMNESE

Inicialmente, deve ser realizada a anamnese do casal, que deve enfocar os seguintes aspectos (BRASIL, 2002c):

História do problema atual: registrar há quanto tempo o casal tenta a gravidez; duração da infertilidade; indagar sobre o uso de métodos anticoncepcionais e sobre exames e tratamentos já realizados; indagar sobre paternidade e gestação pregressa.

- **HISTÓRIA SEXUAL:** SÃO IMPORTANTES AS INFORMAÇÕES SOBRE FREQUÊNCIA DE RELAÇÕES SEXUAIS COM PENETRAÇÃO VAGINAL, PRESENÇA DE DISFUNÇÕES SEXUAIS, TAIS COMO VAGINISMO, EJACULAÇÃO PRECOCE, ENTRE OUTRAS. DEVE-SE TAMBÉM INVESTIGAR O USO DE LUBRIFICANTES E DE DUCHAS VAGINAIS, OU DE QUALQUER OUTRO FATOR QUE INTERFIRA COM O DEPÓSITO DO SÊMEN, OU QUE DIFICULTE A MIGRAÇÃO ESPERMÁTICA POR MEIO DO TRATO GENITAL FEMININO.
- **HISTÓRIA MENSTRUAL:** CICLOS REGULARES, COM PRESENÇA DE MUCO CERVICAL, DOR NO MEIO DO CICLO E TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL, GERALMENTE INDICAM QUE CICLOS OVULATÓRIOS ESTÃO OCORRENDO. POR OUTRO LADO, MULHERES QUE APRESENTAM PERÍODOS DE AMENORREIA, GERALMENTE, NÃO OVULAM. E AQUELAS COM CICLOS CURTOS PODEM APRESENTAR INSUFICIÊNCIA LÚTEA. A QUEIXA DE DISMENORREIA PROGRESSIVA PODE ESTAR ASSOCIADA À ENDOMETRIOSE. POR SUA VEZ, HIPERMENORREIA OU METRORRAGIA SUGEREM PATOLOGIAS INTRAUTERINAS, TAIS COMO MIOMAS OU PÓLIPOS.

- **HISTÓRIA OBSTÉTRICA:** INCLUINDO GESTAÇÕES DE RELACIONAMENTOS ANTERIORES E DO ATUAL RELACIONAMENTO, ASSIM COMO A OCORRÊNCIA OU NÃO DE COMPLICAÇÕES. A HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR ESTÁ ASSOCIADA A RISCO AUMENTADO DE REPETIÇÃO DESSA CONDIÇÃO E À POSSÍVEL ALTERAÇÃO ESTRUTURAL DA TROMPA CONTRALATERAL. VERIFICAR A PRESENÇA DE HISTÓRIA FAMILIAR DE INFERTILIDADE, ABORTAMENTO E MÁ-FORMAÇÃO FETAL.
- **HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:** NA MULHER, DEVE SER INVESTIGADO PASSADO DE CIRURGIAS PÉLVICAS, TAIS COMO MIOMECTOMIAS, EXÉRESE DE CISTOS DE OVÁRIO, APENDICECTOMIA, ENTRE OUTRAS, QUE PODEM LEVAR À FORMAÇÃO DE PROCESSOS ADERENCIAIS, ALTERANDO A RELAÇÃO TROMPA-OVÁRIO. O MESMO PODE SER DETERMINADO POR DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA – DIP E POR INFECÇÃO PÓS-ABORTO E PÓS-PARTO. AMENORREIA PÓS-ABORTO OU PÓS-INFECÇÃO PUERPERAL PODE TER COMO CAUSA SINÉQUIAS INTRAUTERINAS. PARA O HOMEM E A MULHER, DEVEM SER INVESTIGADOS ANOMALIAS CONGÊNITAS, EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCO (RADIAÇÃO, QUIMIOTERÁPICOS, CALOR E PESTICIDA), ANTECEDENTES DE DOENÇA FEBRIL PROLONGADA, CIRURGIAS PREGRESSAS, TRAUMAS, ANTECEDENTES INFECCIOSOS. PARA O HOMEM, ACRESCENTAR INVESTIGAÇÃO DE HISTÓRIA PREGRESSA DE TORÇÃO DE CORDÃO ESPERMÁTICO.
- **HISTÓRIA PESSOAL:** DEVEM SER CONSIDERADOS DADOS TANTO DO HOMEM COMO DA MULHER, INDAGANDO-SE SOBRE INÍCIO E NORMALIDADE DA PUBERDADE, HÁBITOS, HISTÓRIA SEXUAL, TIPO E CARGA HORÁRIA DE TRABALHO, ROTATIVIDADE DE HORÁRIOS, EXPOSIÇÃO A AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS E BIOLÓGICOS, ESFORÇO FÍSICO EXCESSIVO, ESTRESSE, SITUAÇÃO FAMILIAR E CONJUGAL, DEPENDÊNCIA DE DROGAS LÍCITAS OU ILÍCITAS, HÁBITOS ALIMENTARES E ATIVIDADE FÍSICA. SABE-SE QUE OS ESPERMATOZOIDES SÃO SENSÍVEIS A ALTAS TEMPERATURAS, ASSIM, HOMENS QUE TÊM O HÁBITO DE FREQUENTAR SAUNAS OU QUE TRABALHAM EM AMBIENTES MUITO AQUECIDOS PODEM TER A ESPERMATOGÊNESE PREJUDICADA. POR SUA VEZ, A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS MUITO VIGOROSOS E FREQUENTES PODE LEVAR À ANOVULAÇÃO. O ALCOOLISMO, O TABAGISMO E O USO DE *CANABIS SATIVA* (MACONHA) PODEM ESTAR ASSOCIADOS À DIMINUIÇÃO DA FERTILIDADE.

EXAME FÍSICO

NO HOMEM: REALIZAÇÃO DE EXAME FÍSICO GERAL, COM AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL; RELAÇÃO PESO/ALTURA. EXAME ESPECÍFICO, COM AVALIAÇÃO DA VIRILIZAÇÃO, OBSERVANDO-SE PRESENÇA DE CARACTERES

SEXUAIS PRIMÁRIOS E SECUNDÁRIOS DO SEXO MASCULINO, TESTÍCULOS, EPIDÍDIMO, DEFERENTES, ESCROTO E PÊNIS. OBSERVAR, ALÉM DA EXISTÊNCIA DE TESTÍCULOS, SUA CONSISTÊNCIA E VOLUME. PESQUISAR COM ATENÇÃO A PRESENÇA DE VARICOCELE, POIS SUA CORREÇÃO PODE RESULTAR EM MELHORA DO PADRÃO ESPERMÁTICO.

NA MULHER: REALIZAÇÃO DE EXAME FÍSICO GERAL, INCLUINDO AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL, RELAÇÃO PESO/ALTURA, PALPAÇÃO DA TIREOIDE. EXAME GINECOLÓGICO, INCLUINDO EXAME DAS MAMAS, OBSERVANDO-SE CARACTERES SEXUAIS PRIMÁRIOS E SECUNDÁRIOS DO SEXO FEMININO, COM CUIDADOSA INSPEÇÃO DA VULVA, ATENTANDO PARA PILIFICAÇÃO, MAL-FORMAÇÕES E ALTERAÇÕES DO CLITÓRIS. AO EXAME ESPECULAR, AVALIAR TROFISMO DO COLO VAGINAL, PRESENÇA DE CONTEÚDO ANORMAL E, SOBRETUDO, AS CARACTERÍSTICAS DO MUCO CERVICAL E DA ECTOCÉRVICE, VERIFICANDO SE O ASPECTO DO MUCO CORRESPONDE AO ESPERADO PARA A ÉPOCA DO CICLO E SE HÁ SINAIS DE CERVICITE AGUDA, A QUAL DEVE SER IMEDIATAMENTE TRATADA. NESTE MOMENTO, DEVE-SE TAMBÉM COLETAR MATERIAL PARA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA, DE ACORDO COM O PROTOCOLO VIGENTE. AO TOQUE BIMANUAL, DEVE-SE EXCLUIR OU IDENTIFICAR TUMORAÇÃO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS E AVALIAR A MOBILIDADE DO ÚTERO, UMA VEZ QUE UM ÚTERO EM RETROVERSÃO FIXA PODE SIGNIFICAR PRESENÇA DE ENDOMETRIOSE OU SEQUELA DE DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA.

EXAMES COMPLEMENTARES

Exames complementares e vacinas que poderão ser realizados na Atenção Básica:

- COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA, DE ACORDO COM O PROTOCOLO VIGENTE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.
- SOROLOGIA PARA SÍFILIS (VDRL) PARA O CASAL.
- SOROLOGIA ANTI-HIV PARA O CASAL.
- SOROLOGIA PARA HEPATITE B (HBSAG) PARA O CASAL.
- SOROLOGIA PARA HEPATITE C PARA O CASAL.
- SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE IGG E IGM.
- GLICEMIA DE JEJUM PARA O CASAL.
- SOROLOGIA PARA A RUBÉOLA PARA O CASAL. SE NEGATIVA, VACINAR TANTO O HOMEM QUANTO A MULHER.
- ESPERMOGRAMA, QUANDO HOUVER A POSSIBILIDADE DE SOLICITÁ-LO NA ATENÇÃO BÁSICA.

2. ORIENTAÇÕES

É fundamental conversar com o casal, buscando identificar as expectativas quanto à gravidez, a presença de ansiedade ou apreensão, medo ou outros sentimentos, tentando contribuir com a diminuição do estresse ou ansiedade presente.

Muitos casais não têm conhecimento do que significa período fértil ou de práticas que podem dificultar a concepção. Assim, o esclarecimento sobre os mecanismos da reprodução se faz necessário, como também o aconselhamento, investigação e tratamento de doenças que possam interferir negativamente no processo de reprodução.

De acordo com a avaliação clínica, deve-se orientar o casal quanto à prática sexual, para que seja compatível com a obtenção de gravidez, por um período de três meses, segundo o que se segue:

- Identificar o período fértil.
- Recomendar concentração das relações sexuais no período fértil.
- Eliminar qualquer fator que interfira no depósito do sêmen ejaculado na vagina ou que dificulte a migração espermática por meio do trato genital feminino (lubrificantes, duchas vaginais, e outros).

Após essas medidas iniciais, não havendo gravidez, é indicado prosseguir com a investigação das possíveis causas relacionadas à infertilidade, a partir do que o tratamento mais adequado, em cada caso, poderá ser definido.

3. Encaminhamentos

Encaminhar, quando necessário, com resumo clínico, para um serviço de referência em ginecologia/urologia ou especializado em infertilidade, de acordo com a disponibilidade locorregional, conforme os critérios abaixo:

- Mulher com menos de 30 anos, mais de dois anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção.
- Mulher com mais de 30 anos e menos de 40 anos, mais de um ano de vida sexual ativa, sem anticoncepção.
- Mulher com mais de 40 anos e menos de 50 anos, mais de seis meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção.
- Cônjuges que apresentam vida sexual ativa, sem uso de anticonceptivos, e possuem fator impeditivo de concepção (obstrução tubária bilateral, amenorreia prolongada, azoospermia etc.), independentemente do tempo de união.

- **OCORRÊNCIA DE DUAS OU MAIS INTERRUPÇÕES GESTACIONAIS SUBSEQUENTES.**

Apresenta-se a seguir conteúdo específico, com o intuito de possibilitar o conhecimento de alguns exames que fazem parte da investigação da infertilidade no

homem e na mulher. Contudo, esses exames nem sempre estarão disponíveis na Atenção Básica. Portanto, a decisão sobre o momento de encaminhar a pessoa ou o casal para serviço de referência deverá ser da equipe, a depender das condições existentes para seguir com a investigação. Nos casos em que for necessário encaminhar, a equipe básica de saúde deverá continuar o acompanhamento do casal, participando do processo de investigação e tratamento.

Investigação no homem

O **espermograma** é o primeiro exame específico no que se refere à investigação da infertilidade no homem. O fator masculino pode estar envolvido em 30 a 50% dos casos de infertilidade conjugal, tanto isoladamente como em associação com outros fatores. O sêmen deve ser colhido por masturbação, em local adequado, com abstinência sexual de três a sete dias. Esse exame tem o objetivo de avaliar a quantidade de espermatozoides, sua capacidade de movimentação e a proporção de espermatozoides com formato normal. Um espermograma anormal não deve ser encarado como definitivo. A produção espermática depende de múltiplos fatores, podendo ser extremamente variável em um mesmo indivíduo. Portanto, nenhuma conclusão deve ser tomada com base em apenas um exame. Para avaliação adequada da espermatogênese (formação dos espermatozoides), no mínimo dois exames devem ser realizados, com um intervalo de pelo menos 15 dias. Os parâmetros mais comumente aceitos como normais são:

- **Volume normal de 1,5 a 5 ml.** Volumes aumentados (hiperespermia) sugerem infecção na próstata e/ou vesículas seminais. Volumes muito diminuídos (hipoespermia) sugerem obstrução ou agenesia/hipoplasia das vias eferentes (ductos ejaculadores, vesículas seminais ou deferentes). Ausência de ejaculado (aspermia) sugere alteração neurológica dos mecanismos de emissão ou ejaculação retrógrada.
- **Cor normal: branca opalescente ou branca acinzentada.** Cor amarelada sugere leucospermia e cor avermelhada sugere hemospermia.
- **Viscosidade normal: filância entre 3 e 5 cm.** Valores maiores que 5 cm sugerem infecção seminal.
- **pH normal entre 7,2 e 8,0.** Valores menores que 7,2 sugerem obstrução dos ductos ejaculatórios, vesículas seminais e/ou ductos deferentes. Valores maiores que 8,0 sugerem infecção seminal.
- **Concentração normal: valores superiores que 20 milhões/ml.** Valores inferiores a 20 milhões/ml – oligozoospermia. Valores inferiores a 5 milhões/ml – oligozoospermia severa. Ausência de espermatozoides – azoospermia.
- **Motilidade espermática normal: 50% ou mais de espermatozoides móveis.** Valores inferiores a 50% – astenozoospermia.

- **Vitalidade espermática normal:** 75% ou mais de espermatozoides vivos. Valores inferiores a 75% – necrozoospermia.
- **Morfologia normal: mais de 50% dos espermatozoides de formas normais.**
- **Contagem de leucócitos normal: menos de 1.000.000 por centímetro cúbico de ejaculado.**

A partir dessa avaliação inicial, se forem necessários outros exames complementares de diagnóstico, tais como processamento seminal prognóstico, espermocultura + antibiograma, avaliação hormonal (FSH, Testosterona) avaliação por imagem (ultrassonografia transrretal – próstata e vesícula seminal, ultrassonografia de bolsa testicular), biópsia testicular, avaliação genética e mesmo alguns tratamentos que não estão no âmbito da Atenção Básica, deverá ser feito o encaminhamento para serviço especializado.

Investigação na mulher

Há série de fatores responsáveis por causar infertilidade no sexo feminino que são denominados de acordo com a parte anatômica envolvida no problema. Diante de avaliação clínica alterada, faz-se necessário investigar quais fatores estão implicados. As possibilidades incluem: fator uterinocervical, fator uterinocorporal, fator tuboperitoneal, fator ovariano. O fator tuboperitoneal é responsável por mais de 30% das causas, portanto, é fundamental avaliar a saúde das trompas. A investigação na mulher demanda a realização de um conjunto de exames complementares, tais como ecografia transvaginal e pélvica, histerossalpingografia, ultrassonografia seriada, biópsia de endométrio, dosagens hormonais (progesterona, estradiol, prolactina, FSH, LH, TSH, T4 livre, entre outras), avaliação genética, entre outros exames, que se encontram no âmbito da atenção especializada.

Atualmente, existem poucos serviços públicos especializados na área da reprodução humana assistida e a maioria está concentrada nas Regiões Sudeste e Sul. Desse modo, para o devido encaminhamento dos casos que exigirão maior densidade tecnológica para sua resolução, é importante identificar a existência de serviços da rede com possibilidade de atendê-los, bem como verificar a acessibilidade deles.

CAPÍTULO 13

ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

A violência é um problema de todos os segmentos da sociedade. É questão de saúde pública, porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, a formulação de políticas específicas e a qualificação das equipes para a devida assistência.

Constitui-se em evento complexo que, além das sequelas físicas, quando não leva à morte, deixa sequelas emocionais graves, que podem comprometer de forma permanente a saúde, inclusive a saúde sexual e saúde reprodutiva da pessoa atingida por esse mal.

Causa prejuízos econômicos, por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos.

Considera-se que existe violência quando:

> [...] em uma situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou a mais pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais (MICHAUD, 1989).

A OMS revela, em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que todo ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões fatais por causas violentas (OMS, 2002).

Só no Brasil, na década de 1990, ou seja, num espaço de dez anos, mais de um milhão de pessoas morreram por violência e acidentes. Dessas vítimas, cerca de 400 mil faleceram por homicídios (SOUZA, et al., 2005). Desde o início da década de 1980, acidentes e violência constituem a segunda causa de óbito no País e, para a faixa de 5 a 39 anos, são os principais problemas de vitimização que levará a morte.

Cálculos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) estimam que 3,3% do PIB brasileiro são gastos com custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos.

Quando se trata da violência doméstica e sexual, as maiores vítimas são mulheres, crianças e adolescentes.

Dados da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), implantada pelo Ministério da Saúde em 2006, referentes ao período de 1º/8/2006 a 31/7/2007, relacionados a 27 municípios brasileiros, mostram que o sexo feminino é a principal vítima das violências doméstica e sexual, da infância até a terceira idade (BRASIL, 2008e).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, quase metade das mulheres assassinadas é morta pelo companheiro, atual ou ex. A violência responde a, aproximadamente, 7% de todas as mortes de mulheres entre 15 e 44 anos, em todo o mundo. Em alguns países, até 69% das mulheres declaram que já foram agredidas fisicamente e até 47% afirmam que sua primeira relação sexual foi forçada (OMS, 2002).

Em 2001, foi realizado estudo sobre violência doméstica e sexual, no Brasil, coordenado pela OMS e conduzido pelo Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em parceria com organizações não governamentais, em que foram pesquisadas mulheres de 15 a 49 anos, moradoras em uma grande cidade (município de São Paulo) e em uma região de características rurais (Zona da Mata pernambucana) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005 apud BRASIL 2007h).

Do total de entrevistadas, 29% das mulheres na cidade de São Paulo e 37% na Zona da Mata de Pernambuco declararam já haver sofrido algum episódio de violência física e/ou sexual por parte de um parceiro ou ex; 10% das mulheres, em São Paulo, e 14%, na Zona da Mata, afirmaram que já foram forçadas fisicamente a ter relações sexuais ou a práticas sexuais que consideram degradantes.

Esse estudo também mostrou que as mulheres que sofreram violência física e/ou sexual tiveram mais problemas de saúde do que aquelas que não apresentavam história de violência. Entre esses problemas, destacam-se: dores ou desconfortos severos, dificuldades de concentração e tonturas e a intenção ou a tentativa de suicídio mais frequente (duas a três vezes mais do que as mulheres que não sofreram violência). Além disso, o uso diário de álcool e a ocorrência de problemas relacionados à bebida, nos últimos 12 meses, também são relatados pelas mulheres que sofreram violência.

Cabe aos profissionais das equipes de saúde não só a prática da assistência, com o atendimento aos efeitos da violência, os cuidados com a reabilitação das sequelas, mas também práticas de proteção integral e prevenção dos maus-tratos.

São necessários a sensibilização e o compromisso de profissionais e gestores, no sentido de implementarem ações de promoção de uma cultura de paz e prevenção das violências, assim como de assistência às vítimas.

É evidente a carência de serviços que estejam aptos para o acolhimento e assistência às pessoas que sofrem esse tipo de agravo. Os instrumentos jurídicos e o sistema de proteção à vítima, isoladamente, não têm conseguido diminuir a incidência desse fenômeno. Portanto, o papel da equipe da Saúde da Família não deve se restringir somente a dar respostas às demandas que chegam até ela, mas trabalhar ativamente com a população residente na sua área de atuação, no sentido do desenvolvimento de linhas de ação, a partir do diagnóstico dos principais problemas enfrentados pela comunidade, entre eles a violência doméstica e sexual.

A unidade básica deve funcionar integrada com a sua comunidade e com as diversas instituições que a integram, como escolas, creches, hospitais, conselhos tutelares, defensoria pública, polícia, entre outros. É fundamental que a unidade de saúde tenha conhecimento dos órgãos de referência para suporte à vítima de violência para que possa trabalhar de maneira integrada, constituindo, juntamente com os demais serviços, uma rede de atenção às vítimas de violência doméstica e sexual.

Pretende-se, com este capítulo, contribuir para a qualificação do trabalho dos profissionais da Saúde da Família, trazendo orientações e informações necessárias para a abordagem dos casos de violência doméstica e sexual, no contexto da Atenção Primária à Saúde.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para o adequado atendimento à vítima de violência doméstica e sexual, é necessário que as equipes de saúde tenham conhecimento das leis e normas que resguardam a vítima e também sobre os direitos e deveres dos profissionais de saúde.

Há desconhecimento sobre a legislação vigente, o que dificulta ainda mais a abordagem desse problema, pois o profissional se sente inseguro sobre que procedimento e conduta seriam mais adequados.

Há o temor de estar adentrando na intimidade da família, compartilhando segredos íntimos e, frequentemente, sendo testemunha de fatos, o que faz com que muitos profissionais demonstrem grande rejeição frente a casos de violência.

Muitas equipes de saúde optam por encaminhar os casos, suspeitos ou confirmados de violência doméstica e sexual, por falta de capacitação, de informação sobre o tema e, sobretudo, por não terem desenvolvido ainda percepção mais clara de que esse é um problema que também pertence à Atenção Básica, que tem papel primordial como ordenadora do cuidado, principalmente se levarmos em consideração a proximidade entre a equipe de saúde e a família.

O conhecimento da legislação faz parte da preparação do profissional na atenção aos casos de violência doméstica e sexual.

A seguir, apresentam-se algumas leis e normas relacionadas à violência doméstica e sexual:

- **Lei Maria da Penha – Lei nº 11.340\06:** sancionada pelo presidente da República, em 7 de agosto de 2006, e está em vigor desde o dia 22 de setembro de 2006. Tipifica a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos. Altera o Código Penal e possibilita que agressores sejam presos em flagrante, ou tenham prisão preventiva decretada quando ameaçarem a integridade física da mulher. Além disso, prevê medidas de

proteção para a mulher que corre risco de morte, como o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física junto à mulher agredida (BRASIL, 2006g).

- **Aborto previsto em lei:** de acordo com o art. 128, inciso II, do Código Penal, o aborto é permitido **quando a gravidez resulta de estupro (aborto sentimental) e em caso de risco de vida para a mulher (aborto terapêutico)**. Nesses casos, exige-se o consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. O Código Penal não exige qualquer documento – Boletim de Ocorrência Policial, laudo do Instituto Médico Legal ou autorização judicial – para a prática do abortamento no caso de estupro, a não ser o consentimento da mulher. Isso quer dizer que a mulher que sofreu violência sexual não tem o dever legal de registrar essa ocorrência na polícia. E, embora deva ser orientada a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis para que o criminoso não fique impune, caso ela não queira fazê-lo, não se pode lhe negar o direito ao abortamento (BRASIL, 2005b, 2005k, 2005f).
- **A Lei nº 10.778**, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória no sistema de vigilância em saúde, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendida em serviços públicos e privados de saúde. O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência e de suas consequências, contribuindo para a implementação de políticas de intervenção e prevenção do problema (BRASIL, 2005f).
- **Lei nº 10.741 de 2003 – Estatuto do Idoso:** prevê no art. 19 que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos são de notificação obrigatória ao Conselho Municipal ou Estadual dos Direitos do Idoso, Delegacias de Polícia e Ministério Público.
- **O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo e segredo profissional.** A Constituição no seu art. 5 garante que "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação". O art. 154 do Código Penal caracteriza como crime "revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício, ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem" (BRASIL, 2005f).
- **Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade**, a suspeita ou confirmação de maus-tratos ou abuso sexual deve ser, obrigatoriamente, comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme determina o art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes. Vale ressaltar que o atendimento de crianças e adolescentes se submete aos mesmos fundamentos éticos e legais que exigem o cumprimento dos princípios de sigilo e segredo profissional. Isso significa dizer que, embora o profissional esteja obrigado a notificar casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos ou abuso sexual, em crianças e adolescentes, ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, deve evitar a exposição deles perante a comunidade, buscando preservar a intimidade e imagem pessoal (BRASIL, 2005f).

- **A assistência à saúde da pessoa que sofre violência doméstica e sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de atendimento** pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão. Nesse caso, segundo o art. 13, parágrafo 2º do Código Penal, o médico pode ser responsabilizado civil e criminalmente pela morte da pessoa ou pelos danos físicos e mentais que ela sofrer. No atendimento imediato após a violência, em especial a sexual, também não cabe a alegação do profissional de saúde, de objeção de consciência, na medida em que a pessoa pode sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do profissional (BRASIL, 2005f).
- Conforme a **lei trabalhista**, se a violência sexual ocorrer durante o percurso do trabalho, a pessoa deve ser orientada sobre a importância de realizar a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), havendo ou não a necessidade de afastamento do trabalho. Esse procedimento garante direitos para a pessoa em situação de violência sexual que asseguram, entre outros, que ela possa receber atenção necessária à sua saúde (BRASIL, 2005f).
- ALGUNS CONCEITOS IMPORTANTES RELACIONADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL
- **Negligência, abandono e privação de cuidados:** formas de violência caracterizadas pela ausência, recusa ou deserção da atenção necessária a alguém que deveria receber cuidados. Geralmente, no caso de crianças e adolescentes, caracteriza-se pela omissão dos pais ou de outros responsáveis (inclusive institucionais) em prover as necessidades básicas para os desenvolvimentos físicos, emocionais e sociais. Pode ser provocada por privação de alimentos, medicamentos, falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra as inclemências do meio (como o frio e o calor), não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola. O abandono é forma extrema de negligência. Com o aumento da população idosa, cada vez mais se evidenciam negligências e privação de cuidados para esse grupo. De acordo com o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (BRASIL, 2008e), no período de agosto de 2006 a julho de 2007, do total de notificações de violência contra idosos,

55% correspondia à violência moral ou psicológica – que fere a honra ou a intimidade, 27% à violência física, 21% ao dano financeiro ou patrimonial, 22% ao abandono e 4% à violência sexual.

- **Síndrome de Munchhausen:** definida como a situação na qual a pessoa conduz outra, em geral crianças, para cuidados médicos com sintomas inventados ou provocados intencionalmente. A pessoa também pode inventar sintomas para si mesma, com a intenção de receber frequentes tratamentos de saúde desnecessários. Esse tipo de violência imprime sofrimentos físicos e psicológicos, como a realização de exames, consultas e internações desnecessárias, o uso de medicamentos, ingestão forçada de substâncias, entre outros.
- **Violência física:** ocorre quando uma pessoa que está em situação de poder em relação à outra causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido não severo também se considera violência física.
- **Violência sexual:** é a ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite da vontade pessoal. Manifesta-se como: expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa; toques e carícias não desejados; exibicionismo e voyeurismo; prostituição forçada; participação forçada em pornografia; relações forçadas (coerção física ou por medo do que venha a ocorrer).
- **Assédio sexual:** é um tipo de coerção de caráter praticada por uma pessoa em posição hierárquica superior a um subordinado. Caracteriza-se por insinuação de ameaça, ameaça ou hostilidade contra a pessoa baseada em relações assimétricas de poder. Manifesta-se por meio de propostas indecorosas, falas obscenas, pressão para ter relações sexuais que o outro não deseja.
- **Estupro – relação sexual forçada:** consiste em constranger uma mulher de qualquer idade ou condição à conjunção carnal, por meio de violência ou grave ameaça. Trata-se de coito vaginal forçado. Segundo o Código Penal, art. 213: constranger a mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça. A conotação da conjunção carnal é comumente restrita ao coito vaginal, mas alguns consideram como estupro todo ato de penetração oral, anal ou vaginal, utilizando o pênis ou objetos e cometido à força ou sob ameaça, submetendo a vítima ao uso de drogas ou ainda quando esta for incapaz de ter julgamento adequado.
- **Abuso sexual em crianças e adolescentes:** consiste em todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, cujo agressor está em situação de

poder superior à criança ou ao adolescente. Pode se apresentar sob a forma de diversas práticas eróticas e impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. O abuso sexual geralmente é praticado por adultos que gozam da confiança da criança ou do adolescente, e pode ter caráter incestuoso. O incesto, como forma de violência, caracteriza-se como qualquer relação de caráter sexual entre adulto e uma criança ou adolescente quando existe laço familiar direto ou não, ou mesmo mera relação de responsabilidade.

- **Violência psicológica:** é toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem e ridicularizações.
- **Violência doméstica:** é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Inclui agressão física, verbal, psicológica, abuso sexual e negligência, entre outras, cometidas dentro ou fora da casa por algum membro da família, incluindo pessoas que exerçam função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, ou outras pessoas sem função parental que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados, pessoas que convivem esporadicamente e agregados.

ATENÇÃO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

O atendimento à vítima de violência doméstica e sexual deve sempre incluir acolhimento, entrevista, registro da história, exame clínico e ginecológico (se a suspeita for de violência sexual), exames complementares e acompanhamento psicológico. Deve-se considerar a necessidade de encaminhamento para intervenções de emergência ou internação hospitalar.

Após o acolhimento e atendimento à vítima, é importante que a equipe discuta e avalie que ações serão mais adequadas para cada caso, ressaltando a importância do trabalho multiprofissional, realizado de maneira continuada, que dê suporte à vítima.

Deve-se realizar ainda a notificação dos casos de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan NET).

O acolhimento é parte fundamental do atendimento às vítimas de violência, principalmente por se tratar do primeiro contato entre a vítima e o profissional de saúde, momento em que o vínculo entre as partes deverá ser desenvolvido. O estabelecimento de uma relação de confiança será fundamental para garantir a continuidade da assistência, assim como o contrário poderá dificultar ou mesmo impedir que a atenção e o acompanhamento tenham continuidade.

Por acolhimento, entende-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à pessoa que está

sendo atendida. Pressupõe receber e escutar a pessoa, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas.

As pessoas em situação de violência devem ser informadas, sempre que possível, sobre tudo o que será realizado, em cada etapa do atendimento, e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento.

Devem ser oferecidos atendimento psicológico e medidas de fortalecimento para a vítima, ajudando-a a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida. O atendimento psicológico deve ser iniciado, sempre que possível, desde a primeira consulta, e mantido durante todo o período de atendimento, pelo tempo que for necessário.

A seguir, estão alguns sinais de alerta para a equipe de saúde que podem indicar situações de violência. É importante salientar que devem ser analisados dentro de um contexto e não configuram isoladamente diagnóstico de violência.

1- Violência doméstica:

- Queixas crônicas, porém vagas, sem causa física óbvia.
- Ferimentos que não condizem com a explicação de como ocorreram.
- Parceiros que observam excessivamente ou controlam os movimentos da mulher com muita insistência ou que não se afastam da mulher.
- Ferimentos físicos durante a gravidez.
- Demora a iniciar o atendimento pré-natal.
- Histórico de tentativa ou tendência ao suicídio.
- Demora em buscar tratamento para ferimentos sofridos.
- Síndrome do intestino irritável.
- Dor pélvica crônica.

2- Violência sexual:

- Gravidez de mulheres solteiras com menos de 14 anos.
- Infecções sexualmente transmitidas, em crianças.
- Prurido ou sangramento vaginal.
- Evacuação dolorosa ou dor ao urinar.
- Dor pélvica ou abdominal.
- Problemas sexuais e perda de prazer na relação.
- Vaginismo (espasmos musculares nas paredes vaginais, durante relação sexual).
- Ansiedade, depressão, comportamento autodestrutivo.
- Problemas de sono.
- Histórico de sintomas físicos crônicos inexplicáveis.
- Dificuldade ou recusa em fazer exames pélvicos.

A primeira entrevista com a vítima de violência deve atentar para o registro de alguns dados específicos, conforme o que segue:

- **História da violência (registrar em prontuário):**

1. Local, dia e hora aproximada da violência.
2. Tipo de violência sofrida.
3. Forma de constrangimento utilizada.
4. Tipificação e número de agressores.
5. Órgão que realizou o encaminhamento, caso a vítima tenha procurado a unidade por encaminhamento de outra instituição ou órgão.

- Verificar eventuais medidas prévias ou providências instituídas:

1. Atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas de proteção realizadas.
2. Realização do Boletim de Ocorrência Policial.
3. Realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.
4. Comunicação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes).
5. Outras medidas legais cabíveis.

- Verificar o acesso e a necessidade da pessoa às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se abrigos de proteção.

São naturais as dificuldades no manejo de um problema tão complexo quanto os casos de violência doméstica e sexual. É importante ressaltar que a equipe de saúde deve buscar se integrar com os profissionais de saúde mental, de serviços de referência, como os Centros de Apoio Psicossocial à Saúde (CAPS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os ambulatórios especializados, entre outros.

Deve-se solicitar o acompanhamento conjunto das vítimas de violência sempre que necessário, numa perspectiva de matriciamento, que proporcione à equipe aumentar o seu poder de resolubilidade e continuar o atendimento à vítima de violência e sua família, sem que necessariamente tenha que encaminhá-la a serviço de referência, o que muitas vezes pode significar a não continuidade do tratamento.

O acompanhamento na unidade básica de saúde traz muitas facilidades para a pessoa a ser tratada e sua família, como a proximidade de seu local de residência, o vínculo com a equipe, a facilidade no acesso à marcação tanto da consulta, quanto de alguns exames. Enfim, a decisão quanto ao encaminhamento deve partir da própria equipe de saúde, considerando as particularidades de cada caso e as suas possibilidades terapêuticas.

A decisão sobre o encaminhamento pode acontecer a qualquer tempo e não deve significar a interrupção do seguimento pela equipe, que deve continuar prestando

assistência, trabalhando de maneira integrada com o serviço ao qual a pessoa foi referenciada, mantendo-se atualizada sobre o processo terapêutico. Deve estar preparada para receber a contrarreferência e dar continuidade ao acompanhamento desta família.

A seguir, descrevem-se algumas orientações para o atendimento às vítimas de violência doméstica e sexual.

Traumatismos físicos

Na ocorrência dos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, é necessária avaliação clínica detalhada para verificar a necessidade do atendimento por especialistas, como o ginecologista ou o encaminhamento a serviço de emergência.

Em situações de violência sexual, a mulher pode apresentar grande diversidade de danos físicos. Os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes.

Nas lesões vulvoperineais superficiais e sem sangramento ativo, deve-se proceder apenas com assepsia local. Havendo sangramento, está indicada a sutura, que deve ser feita com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas. Nesse caso, considerar o encaminhamento para serviço de emergência, para avaliação por cirurgião ou ginecologista.

Na presença de hematomas, deve-se fazer aplicação precoce de bolsa de gelo. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica. Na ocorrência de traumatismos físicos, investigar situação vacinal da vítima e sempre considerar profilaxia para o tétano.

Os danos físicos, genitais ou extragenitais, devem ser cuidadosamente descritos no prontuário. Podem ser realizados desenhos e representações esquemáticas para descrever mais facilmente as lesões.

DST não virais

A prevalência das DST em situações de violência sexual é elevada e o risco de infecção depende de diversas variáveis. Entre elas, inclui-se o tipo de violência sofrida (vaginal, oral, anal); o número de agressores; a ocorrência de traumatismos genitais; a idade e susceptibilidade da pessoa; a condição himenal; a presença de DST ou úlcera genital prévia; e a forma de constrangimento utilizada pelo agressor.

Grande parte das infecções genitais decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Gonorreia, sífilis, clamidiose, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidos com o uso de medicação adequada. A equipe deve estar apta a realizar a profilaxia das DST não virais em pessoas que foram vítimas de violência sexual, que visa à proteção contra os agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante.

A profilaxia está indicada em situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e ida-

de da pessoa. É importante ressaltar que em todo atendimento à pessoa vítima de violência sexual devem ser solicitados tipo sanguíneo, sorologia para sífilis, cultura de secreção vaginal e do canal cervical, sorologia para hepatite tipo B e sorologia anti-HIV.

Prevenção de DST não virais

Não deverão receber profilaxia de DST não virais casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida com o agressor, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual (BRASIL, 2005f).

Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais em situações de violência sexual. Diferentemente do que ocorre na profilaxia da infecção pelo HIV, a prevenção das DST não virais pode ser eventualmente postergada, em função das condições de adesão da pessoa ou mesmo por intolerância gástrica, mais prevalente em situações de estresse. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos para o tratamento. Entretanto, recomenda-se que seja realizada precocemente, sempre que possível. O esquema de associação de medicamentos para a profilaxia das DST não virais para pessoas adultas e adolescentes com peso igual ou maior que 45 kg encontra-se no Quadro 1 (BRASIL, 2005f, 2006j).

Quadro 1: Profilaxia das DST não virais em pessoas adultas adolescentes com mais de 45 kg não gestantes

PENICILINA G BENZATINA Profilaxia da sífilis	2,4 milhões UI (1,2 milhões UI em cada nádega)	IM	Dose única
OFLOXACINA Profilaxia da gonorreia Em menores de 18 anos e gestantes, está contraindicado ofloxacina	400 mg	VO	Dose única
AZITROMICINA Profilaxia da clamidiose e do cancro mole	1 g	VO	Dose única
METRONIDAZOL Profilaxia da tricomoníase	2 g	VO	Dose única

Esse esquema cobre a maioria das DST não virais, permite fácil adesão ao tratamento (doses únicas) e tem poucos efeitos colaterais.

A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica a profilaxia para as DST não virais. Nesses casos, visando à segurança fetal, recomenda-se o esquema de

associação de medicamentos que se encontra no Quadro 2. O metronidazol e suas alternativas (tinidazol e secnidazol) devem ser evitados durante o primeiro trimestre da gravidez. O tianfenicol e quinolonas são contraindicados em gestantes. O uso de ofloxacina é contraindicado em crianças e em adolescentes com peso menor que 45 kg (BRASIL, 2005f, 2006j).

Quadro 2: Profilaxia das DST não virais em gestantes, crianças e adolescentes (com mais de 45 kg)

PENICILINA G BENZATINA Crianças e adolescentes Gestantes	50 mil UI/kg (dose máxima: 2,4 milhões UI) 2,4 milhões UI (1,2 milhões UI em cada nádega)	IM	Dose única
CEFTRIAXONA Crianças e adolescentes Gestantes	125 mg 250 mg	IM	Dose única
AZITROMICINA Crianças e adolescentes Gestantes	20 mg/kg 1g	VO	Dose única
METRONIDAZOL Crianças e adolescentes Gestantes após o primeiro trimestre (o metronidazol e suas alternativas – tinidazol e secnidazol – devem ser evitados durante o primeiro trimestre da gravidez)	 15 mg/kg/dia 2 g	 VO VO	 8/8 horas por sete dias (máximo: 2 g) Dose única

Em pessoas com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha, em especial a penicilina, alternativas às drogas de primeira escolha devem ser utilizadas, conforme o Quadro 3 (BRASIL, 2005f, 2006j).

Quadro 3: Alternativas para a profilaxia das DST não virais

DROGAS DE PRIMEIRA ESCOLHA PARA A PROFILAXIA	ALTERNATIVA PARA GESTANTES	ALTERNATIVA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	ALTERNATIVA PARA ADULTOS
Penicilina G benzatina Profilaxia da sífilis	Estearato de eritromicina 500 mg VO a cada seis horas durante 15 dias	Estearato de eritromicina 50 mg/kg/dia VO a cada seis horas por 15 dias	Estearato de eritromicina 500 mg VO a cada seis horas durante 15 dias
Ofloxacina Profilaxia da gonorreia	Ceftriaxona 250 mg IM dose única	Ceftriaxona 125 mg IM dose única	Ceftriaxona 250 mg IM dose única Tianfenicol 2,5 g VO dose única
Azitromicina Profilaxia da clamidíase	Estearato de eritromicina 500 mg VO a cada seis horas durante sete dias	Estearato de eritromicina 50 mg/kg/dia VO a cada seis horas por 10 a 14 dias	Amoxicilina 500 mg VO a cada oito horas durante sete dias
Azitromicina Profilaxia do cancro mole	Ceftriaxona 250 mg IM dose única, ou Estearato de eritromicina 500 mg VO a cada seis horas durante sete dias	Ceftriaxona 125 mg IM dose única	Ceftriaxona 250 mg IM dose única
Metronidazol Profilaxia da tricomoníase	Secnidazol ou tinidazol 2,0 g VO dose única	Secnidazol 10 mg/kg VO dose única	Secnidazol ou tinidazol 2,0 g VO dose única

HIV

A infecção pelo HIV é grande preocupação para a maioria das mulheres em situação de violência sexual. Os estudos existentes indicam que a possibilidade de infecção em casos de violência sexual está entre 0,8 e 2,7%. Esse risco é comparável, e até mesmo superior, ao observado em outras formas de exposição sexual (heterossexual) única ou em acidentes perfurocortantes entre profissionais de saúde.

O risco de infecção pelo HIV, à semelhança do que ocorre com as outras DST, depende de muitas condições. Entre elas, destacam-se os tipos de exposição sexual (anal, vaginal, oral); o número de agressores; a susceptibilidade da pessoa; a rotura himenal; a exposição a secreções sexuais e\ou sangue; a presença de DST ou úlcera genital prévia; e a carga viral do agressor. Também se associa ao trauma subjacente, na medida em que a escassa lubrificação produz lesões abrasivas e soluções de continuidade mais frequentes, contribuindo para elevar os riscos de infecção.

Os serviços especializados no atendimento a pessoas em situação de violência sexual têm encontrado indicadores consistentes da eficácia profilática dos antirretrovirais, que depende também da adesão ao tratamento.

Por ser um procedimento mais complexo, frequentemente a equipe se sente insegura quando se trata do manejo dessas drogas. É importante que a equipe básica de saúde tenha conhecimento da indicação da terapia profilática com os antirretrovirais. Os profissionais da Atenção Básica devem procurar referenciar a vítima para serviço apropriado para indicação da terapia mais adequada e dispensa gratuita dos medicamentos.

Ressalta-se que a profilaxia do HIV, com o uso de antirretrovirais, quando indicada, deve ser iniciada no menor prazo possível, com limite de 72 horas da violência sexual.

Hepatites virais

Indica-se a imunoprofilaxia para hepatite B em casos de violência sexual em que ocorrer exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos do agressor.

A abordagem da condição sorológica da pessoa que sofre violência sexual, quando disponível, e a interpretação dos resultados devem ser realizadas. A interpretação dos resultados encontra-se discriminada no Quadro 4. Contudo, a decisão de iniciar a profilaxia da hepatite B não deve estar condicionada à solicitação ou realização de exames complementares, por motivo de tempo.

Em condições de desconhecimento ou dúvida sobre o *status* vacinal, a profilaxia deverá ser administrada.

Quadro 4: Abordagem sorológica da Hepatite B

HBsAg – antígeno de superfície do vírus da hepatite B	**Anti-HBc Total** – anticorpo contra o antígeno do core do vírus da hepatite B (IgM + IgG)	Diagnóstico	Conduta
+	+	**Infecção aguda ou crônica**	**Anti-HBc IgM** – anticorpo contra o antígeno do core do vírus da hepatite b (IgM)
+	-	**Fase de incubação ou falso +**	**Repetir HBsAg**
-	+	**Contato prévio ou falso +**	**Solicitar Anti-HBs** – anticorpo contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B
-	-	**Susceptível**	**Vacinação e IGHAHB**

Com relação à imunoprofilaxia contra hepatite B, as pessoas imunizadas, aquelas com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Pessoas não imunizadas ou que desconhecem o seu *status* vacinal devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, com um e seis meses após a primeira dose. As pessoas com esquema vacinal incompleto devem completar as doses recomendadas. A vacina, após administração do esquema completo, induz imunidade em 90 a 95% dos casos.

As pessoas em situação de violência sexual devem receber dose única de IGHAHB, 0,06 ml/kg, IM, em sítio de aplicação diferente da vacina e, se a dose da imunoglobulina ultrapassar 5 ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes.

A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende o uso nas primeiras 48 horas após a violência.

A vacina para hepatite B deve ser aplicada no músculo deltoide ou na região do vasto lateral da coxa. Deve-se evitar a aplicação na região glútea, por resultar em menor imunogenicidade. O Programa Nacional de Imunizações e o Programa Nacional de Hepatites Virais recomendam o uso de IGHAHB em todas as pessoas em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto. Cabe lembrar que para a hepatite C não existem alternativas de imunoprofilaxia. A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAHB (BRASIL, 2005f, 2006j).

Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B pessoas vítimas de violência sexual crônica e repetida com o mesmo agressor, situação frequente em casos de violência sexual intrafamiliar (BRASIL, 2005f, 2006j).

Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B pessoas cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual (BRASIL, 2005f, 2006j).

A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE.

Quadro 5: Imunoprofilaxia para Hepatite B

VACINA ANTI-HEPATITE B
Aplicar IM em deltoide 1,0 ml para adultos e 0,5 ml para crianças menores de 12 anos.
Imunização ativa A segunda e terceira doses devem ser aplicadas, respectivamente, com um mês e seis meses após a primeira dose.
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B
Aplicar IM em glúteo 0,06 ml/kg dose única.
Imunização passiva.

Embora nem sempre as unidades básicas tenham condições de realizar esse tipo de profilaxia para hepatite B, é importante que os profissionais tenham conhecimento desse procedimento e, sempre que necessário, encaminhem a vítima a serviço que possa realizá-lo.

Risco de gravidez

Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher, resultando em taxas de gravidez entre 1 a 5%.

A gravidez decorrente da violência sexual representa, para a maioria das mulheres, uma segunda forma de violência. Nesses casos, deve ser oferecida à vítima a opção da anticoncepção de emergência, ação das mais importantes na atenção aos casos de violência sexual.

A anticoncepção de emergência é o método anticonceptivo que previne a gravidez após a violência sexual, utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo.

Ela pode ser prescrita para todas as mulheres expostas a situações que possam resultar em gravidez, por meio de contato certo ou duvidoso com sêmen, independentemente do período do ciclo menstrual em que se encontre, que tenham tido a

primeira menstruação e que estejam antes da menopausa. Essa medida é desnecessária se a mulher estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia, no momento da violência sexual, como o anticoncepcional oral, injetável ou DIU.

Em casos de violência sexual, é necessário registrar a data da última menstruação (DUM), realizar exame físico e solicitar o teste imunológico para gravidez (TIG). A mulher deve ser orientada a retornar à unidade de saúde, assim que possível, se ocorrer atraso menstrual, que pode ser significativo de gravidez.

Anticoncepção de emergência

Os esquemas utilizados para anticoncepção de emergência são de pílulas combinadas de etinilestradiol e levonorgestrel (esquema de Yuzpe) ou pílulas contendo apenas levonorgestrel – pílula anticoncepcional de emergência (PAE).

A mulher deve tomar as pílulas de anticoncepção de emergência até cinco dias (120 horas) após a relação sexual desprotegida, mas, quanto mais precocemente se administra, maior a proteção.

A seguir os esquemas que podem ser utilizados para anticoncepção de emergência (BRASIL, 2005c; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005):

- **Levonorgestrel** (comprimido de 0,75 mg e comprimido de 1,5 mg): uma forma de realizar a anticoncepção de emergência é com o uso de progestágeno isolado (esse é o esquema de primeira escolha, quando possível), o levonorgestrel 0,75 mg ou 1,5 mg, na dose total de 1,5 mg, que pode ser administrada em dose única oral de 1,5 mg (dois comprimidos de 0,75 mg ou um comprimido de 1,5 mg) ou duas doses de 0,75 mg administradas com intervalo de 12 horas. A dose única apresenta a vantagem de simplificar o uso, evitando o esquecimento da segunda pílula após 12 horas.
- **Método Yuzpe:** utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados (etinilestradiol e levonorgestrel) divididos em duas doses iguais, com intervalo de 12 horas e com dose total de 0,2 mg de etinilestradiol e 1 mg de levonorgestrel. No caso de utilização de pílulas contendo 0,05 mg de etinilestradiol e 0,25 mg de levonorgestrel por comprimido, usar dois comprimidos a cada 12 horas. No caso de utilização de pílulas contendo 0,03 mg de etinilestradiol e 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido, usar quatro comprimidos a cada 12 horas.

Para evitar a ocorrência de náuseas, recomendar à mulher que se alimente logo após ingerir as pílulas; medicamentos antieméticos podem ser ingeridos meia hora antes das pílulas anticoncepcionais de emergência e, depois, a cada 4-6 horas.

Em caso de vômitos dentro de duas horas após tomar as pílulas, a mulher deve tomar nova dosagem. Se o vômito ocorrer após esse período, ela não deve tomar pílulas extras.

GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual assim como a adolescente e seus representantes legais devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde.

É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal.

Não é necessário que a mulher apresente Boletim de Ocorrência Policial ou que haja autorização judicial que comprove o estupro, para a realização do aborto legal. A palavra da vítima é suficiente para que se dê seguimento aos procedimentos cabíveis nesse caso.

NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA

As ações de vigilância em saúde fazem parte das funções realizadas pelas equipes de Atenção Básica. A notificação é um poderoso instrumento de implementação de políticas públicas, uma vez que ajuda a dimensionar os problemas de saúde, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e de assistência, o desenvolvimento de programas e ações específicas e também permite o conhecimento da dinâmica dos agravos, incluindo a violência doméstica e sexual.

A notificação dos casos de violência apresenta grande importância, pois ela contribui para que a violência ganhe visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção.

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) com base em dois componentes da ação de vigilância: **vigilância contínua**, que é realizada mediante notificação e investigação de violência doméstica, sexual e outras formas de violência; e **vigilância pontual – inquérito**, que é feita por inquéritos hospitalares e/ou pesquisas periódicas, por amostragem.

A notificação é compulsória em situações de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. A Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Anexo I) é única, independentemente do sexo, faixa etária, raça/cor/etnia, classe social, religião ou orientação sexual da vítima. Encontra-se implantada no sistema Sinan NET.

O correto preenchimento da ficha de notificação dos casos de violência é parte importante do atendimento feito pela equipe.

REDE DE ATENÇÃO, APOIO E PROTEÇÃO

A atenção às vítimas de violência, de qualquer tipo, e às suas famílias não se restringe aos serviços de saúde. É fundamental que os diversos setores, governamentais

e não governamentais, de alguma forma implicados com essa questão, se articulem de forma a constituir uma verdadeira rede de atenção, apoio e proteção a essas pessoas.

Essa rede deve ser composta por entidades, instituições, organizações governamentais e não governamentais, conselhos de direitos, entre outros, respeitando as características de cada município.

A construção dessa rede se faz inicialmente por meio do conhecimento de quem são essas instituições, a partir do que pode se estabelecer um fluxo de atenção e comunicação. Esse fluxo deve proporcionar a troca de experiências, entendendo o atendimento a casos de violência numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Desse modo, os diferentes profissionais podem contribuir para encontrar a melhor forma de atenção possível para as famílias e, ao mesmo tempo, podem trocar suas experiências, relatar aquelas mais bem sucedidas e aprender com os erros, dando suporte uns aos outros nesse campo de atuação tão complexo.

Portanto, a rede de atenção, apoio e proteção funciona não só para quem recebe a atenção, mas também para o profissional, que pode encontrar espaço para dividir suas dúvidas e ansiedades, a respeito dos casos atendidos e de suas próprias experiências, dentro desse universo de histórias tristes, tragédias e de maus-tratos.

O estabelecimento dessa rede integrada deve ser um compromisso assumido por todos, principalmente pelos gestores, que têm papel decisivo na articulação dos diferentes setores envolvidos, assim como na capacitação dos profissionais, na garantia de insumos e na divulgação para o público em geral.

A criação de um vínculo formal entre as diversas instituições que compõe a rede contribui para o seu fortalecimento.

As unidades básicas de saúde devem ter listagem dos endereços e telefones das diversas instituições que compõem a rede, para melhor comunicação entre os profissionais e para que os usuários possam ter acesso a esses contatos, independentemente de situações emergenciais.

O mapeamento da rede não deve se limitar à mera catalogação; deve servir para avaliar lacunas e as superposições de ações, estimular a troca de informações e facilitar os encaminhamentos. São necessárias sua ampla divulgação e atualização permanente. Esse mapeamento possibilita o reconhecimento dos pares, o que torna o trabalho mais articulado e integrado (BRASIL, 2007b).

REFERÊNCIAS

ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. ***Rev. Psiq. Clín***. 33 (3); 162-167, 2006.

AGHA, S. Sexual ativity and *condom* use in Lusaka, Zambia. **International Family Planning Perspectives** 24:32-37, 1998.

ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). ***Anticoncepção*: aspectos contemporâneos**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. 224 p.

ALDRIGHI, J. M.; SAUERBRONN, A. V. D.; PETTA, C. A. Introdução e classificação dos métodos contraceptivos. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). ***Anticoncepção*: aspectos contemporâneos**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005a, p.1-12.

ALDRIGHI, J. M.; SAUERBRONN, A. V. D.; PETTA, C. A. Anticoncepção Hormonal Oral. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). ***Anticoncepção*: aspectos contemporâneos**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005b, p.91-106.

ALMEIDA, Marina S. Rodrigues. A pré-história do desenvolvimento emocional da criança. 2004. In: **WebSite Psicologia.com.pt: O Portal dos Psicólogos.** Desenvolvido, mantido e gerido pela Psicoglobal – Serviços de Psicologia, Lda., sociedade comercial por quotas. Apresenta informação especializada em psicologia e áreas afins direcionada para profissionais e estudantes de psicologia de língua portuguesa, bem como para o público em geral que procura serviços de psicologia. Disponível em: < http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0215.pdf > Acesso em: 23 set. 2008.

AMARAL, Eliana; VISCOLA, Marco Aurélio Martino; BAHAMONDES, Luis. Contracepção hormonal e anti-retrovirais em mulheres infectadas pelo HIV. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 28 (11):680-4, Rio de Janeiro Nov. 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ANDERSON, J. HIV and Reproduction. *In*: ANDERSON, J. **A Guide to the Clinical Care of Women whif HIV**. Preliminary Edition, HRSA, 2000. P. 211-269.

ASOCIACIÓN PARA LA CONSERVACIÓN DEL PATRIMONIO DE CUTIVIRENI-ACPC. **Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos: percepções, problemas e prioridades identificados pelas mulheres Ashaninka da região do Rio Ene do Peru.** Peru: ACPC, 2002. Disponível em: < http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3079&Itemid=344 >. Acesso em: 18 dez. 2008

BANZATO, Denise Salete Gomes. Sexualidade na Infância e adolescência. **Pediatria Moderna.** São Paulo: Moreira Jr. Editora. v. 35, n. 9, set. 1999, p. 760 – 764.

BARBOSA, Regina Helena Simões. **Mulheres, reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+**. Dezembro, 2001. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

BRASIL. Decreto-Lei nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União, Seção 1, p. 23.911.** Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=412868&PalavrasDestaque=>. Acesso em : 28 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Seção 1, p. 18.055.** Brasília, DF, 20 set. 1990b. Disponível em: < http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=365093&PalavrasDestaque= > Acesso em: 28 nov. 2008.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

_____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

_____. Ministério da Saúde; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – ABEn. **Adolescer: compreender, atuar, acolher.** Brasília: ABEn, 2001. 304 p.

____. MINISTÉRIO DA SAÙDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 8 – Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 145 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Planejamento Familiar: manual para o gestor.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 80 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 150 p.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº. 397, de 09 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. **Diário Oficial da União, Seção 1.** Brasília, DF, 10 out. 2002d. Disponível em: < http://www.mtecbo.gov.br/legislacao.asp >. Acesso em 23 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e AIDS. **Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 20 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005d. 24 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005e. 20 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005f. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005g. 175 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil.** Brasília: Ministério da saúde, 2005h. 822 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Distritos Sanitários Especiais Indígenas: diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005i. 96 p.

____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 426/GM, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 mar. 2005j. Seção I, p. 22.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005k. 20 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica – nº. 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Programa Estratégico de Ações Afirmativas: população negra e Aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 52 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 176 p.

_____.Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. 8 p.

_____.Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha: lei n. 11340, de 7 de agosto de 2006: coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006g. 31 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006h. 163 p.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST.** Ano III, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006i.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006j. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 128 p.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. 58 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007d. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST.** Ano IV, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2007e.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Brasília: Ministério da Saúde, 2007f.**

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. **Brasília: Presidência da República, 2007g.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Comunicação e Mídia para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. **Brasília: Ministério da Saúde, 2007h. 88 p.**

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em: 20 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 106 p.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST.** Ano V, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d.

_____. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008e. 60 p.: il. (Painel de Indicadores do SUS, 5).

BRENNAN, M. **Comunicação individual.** [S.l.: s. n.], 1974

CAETANO, André Junqueira; ALVES, José Eustáquio Diniz; CORRÊA, Sônia (Organizadores). **Dez Anos de Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2004. 84 p.

CALLIGARIS, Contardo. Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 155 p.

CARIDADE, Amparo. O Adolescente e a Sexualidade. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p. 206-212.

CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam; SILVA, Lorena Bernadete da. **Juventudes e sexualidade.** Brasília: UNESCO Brasil, 2004. 428 p.

CAVASIN, S. (Org.). **Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social: relatório de pesquisa.** Rio de Janeiro: ECOS, 2004.

CHINAGLIA, Magda Loureiro Motta; PETTA, Carlos Alberto; ALDRIGHI, José Mendes. Anticoncepção de Emergência. *In*: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Editores). **Anticoncepção: aspectos contemporâneos.** São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.121-128.

COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; GARNELO, Luiza. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Org.). **Etnicidade na América Latina: Um Debate sobre Raça, Saúde e Direitos Reprodutivos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, cap. 7, p. 153-173.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM. Resolução CFM nº 1.246, de 08 de janeiro de 1988. Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 26 jan. 1988. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp >. Acesso em: 17 dez. 2008.

CONSULTA REGIONAL: TRABAJO SEXUAL E VIH/SIDA EM AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, I., 2007, Lima-Peru. **Recomendaciones de Lima.** Não publicado. 19 pág.

CONSULTA NACIONAL SOBRE DST/AIDS, DIREITOS HUMANOS E PROSTITUIÇÃO, I., 2008a, Brasília. **I Consulta Nacional sobre DST/AIDS, Direitos Humanos e Prostituição**. Não publicado. 11 pág.

_____. **Recomendações. Eixo Promoção da Saúde e Equidade: Elementos para o acesso universal**. Não publicado. Não paginado. 2 pág.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. de M. *Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva*: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. *In*: CAVENAGHI, Suzana. (Org.). **Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva.** Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006. Cap. 1, p. 27-62.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos Sexuais e Reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. *In*: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil.** Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003, p. 17-73.

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Cadernos Cremesp – Ética em Ginecologia e Obstetrícia.** 3. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004. 141 p.

CROXATTO, Horácio B. **Noções Básicas sobre a Geração de um Novo Ser Humano e sobre a Pílula de Contracepção de Emergência**. Instituto Chileno de Medicina Reprodutiva, 2001a. Disponível em: http://www.anticoncepcao.org.br/html/literatura/literatura.htm. Acesso em: 19 dez. 2008.

_____. **Informe Técnico sobre a Apresentação de Laboratórios Recalcine SA para o Registro Sanitário do Produto Farmacêutico Levonorgestrel Comprimidos Recobertos 0,75 mg para Anticoncepção de Emergência**. Instituto Chileno de Medicina Reprodutiva, 2001b. Disponível em: http://www.ipas.org.br/rhamas/arquivos/informe.doc. Acesso em: 19 dez. 2008.

DALLABETTA, G.; LYN, M.; LAGA, M.; ISLAM, M. DST: Impacto global do problema e desafios para o controle. *In*: DALLABETTA, G.; LAGA, M.; LAMPTEY, P. (organizadores). **Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Manual de Planejamento e Coordenação de Programas**. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 1997, p. 1-22.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ªed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2008.

DIAZ, Juan; PETTA, Carlos Alberto; ALDRIGHI, José Mendes. Os Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Métodos Anticoncepcionais. *In*: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). **Anticoncepção: aspectos contemporâneos.** São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.13-60.

DINIZ, Simone G. **Fique Amiga Dela: dicas para entender a linguagem de suas partes mimosas**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2003. 32 p.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600 p.

ELLEY, A.; Pacey A.A.; GALDEIRO, M.; GALDEIRO, F. Can Chlamydia Trachomatis Directly Damage your sperm? **Lancet Infect Dis**. 2005 jan;5(1): 53-7.

FAÚNDES, A. Reproductive Tract Infections. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**.1994, 46: 181-187.

FERNANDEZ, A.M. **La mujer de la ilusion. Pactos y contratos entre hombres y mujeres**. Buenos Aires: Paidós, 1994.

FINOTTI, Marta; ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto. Anticoncepção no Climatério. *In*: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). **Anticoncepção: aspectos contemporâneos.** São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.139-148.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.

FORO MUNDIAL PARA LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva em países com ingresos bajos e intermédios.** Ginebra-Suiza: 2007. 68 p.

GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios.** São Paulo: Hucitec; Population Council,1999. 389 p.

GALVÃO, Loren. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan (orgs). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil:** dilemas e desafios**.** São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p.165-179.

GALVÃO, M. T. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; MARCONDES-MACHADO, J. Contraceptive measures and HIV transmission protection among women whif HIV/AIDS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.2, 2004.

GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luis Carlos. **Povos indígenas e a construção de políticas de saúde no Brasil.** Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2003. 120 p.

GAVRANIC, Arlete Mª Girello Tavares. **Prostituição.** [200-]. In: Site ISEXP. Desenvolvido pelo Instituto Brasileiro Interdisciplinar de Sexologia e Medicina Psicossomática, desde 2003. Apresenta artigos, notícias, divulga cursos, palestras, eventos, entre outras informações sobre assuntos relacionados à sexualidade. Disponível em: < http://www.isexp.com.br/si/site/1006?idioma=portugues > Acesso em: 28 nov. 2008.

GERTIG, D.; KAPIGA, S.; SHAO, J.; HUNTER, D. Risk factors for sexually transmitted diseases among women attending family planning clinics in Dar-Es-Salaam, Tanzania. **Genitourinary Medicine** 73:39-43, 1997.

GOGNA, M. Factores psicosociales y culturales em La prevención y tratamiento de lãs enfermedades de transmission sexual. **Cadernos de Saúde Pública** 14(Sup. 1):81-85, 1998.

GOWDAK, Demétrio; GOWDAK, Luís Henrique. **Atlas de Anatomia Humana.** São Paulo: Ed. FTD, 1989.

GROMATZKY, Celso; LUCON, Antonio Marmo; BAUTZER, Carlos Ricardo Doi. Vasectomia. *In*: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). **Anticoncepção: aspectos contemporâneos**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.187-196.

GUAZZELLI, Cristina Aparecida Falbo; LINDSEY, Prescilla Chow; PETTA, Carlos Alberto; ALDRIGHI, José Mendes. Anticoncepção na Adolescência. *In*: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). **Anticoncepção: aspectos contemporâneos.** São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.129-134.

GUIMARÃES, C. "Mas eu conheço ele!" *In*: PARKER, R.; GALVÃO, J. (organizadores). **Quebrando o Silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1996, p. 169-180.

GUIMARÃES, Katia and MERCHAN-HAMANN, Edgar. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. **Revista Estudos Feministas** [online]. 2005, v. 13, n. 3, pp. 525-544. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000300004&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 18 nov. 2008.

GUTMAN, L. Gonococcal Diseases in Infants and Children. In: Holmes et.al., eds. **Sexually Transmitted Diseases**. New York: McGraw-Hill Inc, 1999: 1146, Table 82-1.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 639 p.

HATCHER, Robert A.; RINEHART, Ward; BLACKBURN, Richard; GELLER, Judith S.; SHELTON, James D. **Pontos essenciais da Tecnologia de Anticoncepção: um manual para pessoal clínico.** Baltimore/EUA: Universidade Johns Hopkins/Escola de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação, 2001.

HEBLING, E. **Mulheres e AIDS: relações de gênero e condutas de risco**. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais, 2004. In: **Website IBGE.** Disponibiliza estatísticas e publicações, mapas, banco de dados, transferência de arquivos (download via FTP), sumários da Revista Brasileira de Estatística (1940 a 1998) e documentos da biblioteca (download em formato .pdf). Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2004/default.shtm >. Acesso em: 11 mar 2008.

____.Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Tendências Demográficas: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000.** Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

____. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. il. (Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica n. 23).

IPEA. **Boletim**. Edição nº 64, 25 de junho de 2007.

JENNINGS, V. H.; AREVALO, M. El Método de Días Fijos para la Planificación Familiar. **Boletín Médico de IPPF**. 2003, Tomo 37, n. 5, pp. 3-4.

KAPLAN, H.S. **A Nova Terapia do Sexo.** 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. **Manual de Psiquiatria Clínica**. 2ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

KARINEN, L.; POUTA, A.; HATTIKAINEN, A. L.; BLOIGU, A.; PALDANIUS, M.; LEUNONEN, M.; SAIKKU, P.; JARVELIN, M. R. Association Between Chlamydia Trachomatis antibodies and Subfertility in the Northern Finland Birth Cohort 1966 (NFBC 1966), at the age of 31 years. **Epidemiol Infect**. 2004 Oct; 132 (5):977-84.

KASS, N. E. Policy, ethics, and reproductive choise: pregnancy and childbearing among HIV-infected women. **Acta Pediatr**, 400(Suppl):95-98, 1994.

KINSEY, A. S.; POMEROY, W. B.; MARTIN, C.R. **Sexual Behavior in the Human Male.** Filadélfia: Sauders, 1948.

KLAUS, Marshal H.; KENNELL, John H.; KLAUS, Phyllis H. Tradução Maria Rita Hofmeister. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 187p.

KNAPP, Paulo et al. **Terapia Cognitivo-comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre. Artmed, 2004.

LELOUP, Jean-Yves. **O corpo e seus símbolos: uma antropologia essencial.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 133 p.

LIMA, Sônia Maria Rolim Rosa. Os Métodos Comportamentais e de Barreira. *In*: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). **Anticoncepção: aspectos contemporâneos**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.61-83.

LIMA, C.A. (Coord.) et al. **Violência Faz Mal à Saúde.** 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

LOURENÇO, Mário. Afectos, Sexualidade e Desenvolvimento Humano. **Revista Saúde Mental [versão on-line].** [S.l.]: Vale e Vale Editores Lda., v. 4, n. 2, mar./abr. 2002, p. 20-28. Disponível em:<http\\www.saude-mental.net/pdf/vol4_rev2_artigo2.pdf>. Acesso em: 23 set. 2008.

MacDONALD, D. S. Notes on the socioeconomic and cultural factors influencing the transmission of HIV in Bostswana. **Social Science and Medicine** 42: 1325-1333, 1996.

MAGALHÃES, Jarbas; PETTA, Carlos Alberto; ALDRIGHI, José Mendes. Dispositivo Intrauterino. *In*: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). **Anticoncepção:** aspectos contemporâneos. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.85-89.

MARDH, P. A. Tubal Factor Infertility, WITH SPECIAL REGARD to CHLAMYDIAL SALPINGITIS. **Curr Opin Infect Dis**. 2004 Feb;17(1):49-52.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. **A Resposta Sexual Humana.** São Paulo: Roca, 1984.

MEDEIROS NETO, Geraldo. **Peso e Fertilidade: uma relação familiar.** [200-]. Campanha Proteja sua Fertilidade. In: Website da Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih. Apresenta informações gerais sobre os serviços realizados, tecnologias utilizadas, artigos, publicações para médicos e para o casal, entre outras. Disponível em: < http://www.abdelmassih.org/ >. Acesso em: 18 dez. 2008.

MERESMAN, Sérgio; GIL, Marta de Almeida. Sinalizando a Saúde para Todos: HIV/Aids e Pessoas com Deficiência. [2006?]. In: **Planeta Educação**. Coluna Aprender com as Diferenças. Portal educacional desenvolvido pela empresa Vitae Futurekids. Apresenta artigos diversos, informações didáticas sobre diferentes matérias, obras literárias, jogos, mapas interativos, legislação educacional, entre outros conteúdos, destinados a estudantes, pais e professores. Disponível em:< http://www.planetaeducacao.com.br/novo/artigo.asp?artigo=499 >. Acesso em: 18 dez. 2008.

MICHAUD, Y.A. **Violência**. São Paulo: Ática. 1989.

MINKHOFF, H.; SANTORO, N. Ethical considerations in the treatment of infertility in women whif human immunodeficiency vírus infection. **N Engl J Med**, 342:1748-50, 2000.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. **É possível prevenir a violência?: Reflexões a partir do campo da saúde pública.** Rio de Janeiro: Claves/ENSP/Fiocruz, 1999.

MINAYO, M.C.S; SOUZA E.R. (Org.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M.C.S. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública**.** v.10 supl.1. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 1994. p. 07-18.

_____. **A inclusão da violência na agenda da saúde:** trajetória histórica**.** Rio de Janeiro: Claves/ENSP/Fiocruz, 2007.

_____. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde**.** São Paulo: Hucitec, 2008.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.** Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: < http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf > Acesso em: 16 dez. 2008.

NEGREIROS, Teresa Creusa de Góes Monteiro. Sexualidade e gênero no envelhecimento. **Revista Alceu.** V. 5, n. 9, jul./dez. 2004, p. 77-86.

O'LEARY, S.; CHENEY, B. Em que medida as mulheres correm risco? *In*: O'LEARY, S.; CHENEY, B. (organizadores). A **Tripla Ameaça: Aids e mulheres**. Rio de Janeiro: Dossiê Panos, 1993, p.213-234.

OLIVEIRA, M.; FIGUEIREDO, ND. Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde Implementados no Brasil. In: LOPES, F. (Org.). **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília : Funasa/MS, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Brasília: OMS\OPAS, 2002.

_____. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. 3. ed. Genebra, Suíça: 2004.

_____. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. **Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos:** Actualización 2008**.** 4. ed. Ginebra, Suiza: 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS (USAID). **Planejamento Familiar:** um manual global para profissionais e serviços de saúde**.** [S.l.]: 2007. 388 p.

PAIVA, V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. *In*: PARKER, R.; BARBOSA, R. (organizadores). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1993. p. 213-234.

PAIVA, V.; LATORRE, M. do R.; GRAVATO, N.; LACERDA, R. (ENHANCING CARE INITIATIVE-BRAZIL). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.6, 2002, p. 1609-1620

PASSOS, E. P.; CUNHA-FILHO, J. S. L.; FREITAS, F. M. de. Infertilidade. *In*: DUNCAN, B. B. *et. al.* **Medicina Ambulatorial:**Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 11, p. 446-451.

PETCHESKY, R. P. Direitos Sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidades e poder.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: editora 34, 1999, p. 15-38.

PETTA, Carlos Alberto; BASSALOBRE, Daniela Fink Hasan; ALDRIGHI, José Mendes. Anticoncepção Hormonal: Injetáveis e Implantes Subdérmicos. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). **Anticoncepção: aspectos contemporâneos.** São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.107-119.

POPULATION COUNCIL DO BRASIL; REPROLATINA; UNIVERSIDADE DE MICHIGAN. **Anticoncepção On-Line.** Disponível em: <http://www.anticoncepcao.org.br >. Acesso em: set. 2008.

PNUD BRASIL (2004). **Atlas Racial Brasileiro, 2004**. Disponível em: < http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_racial/index.php >. Acesso em: 11 mar. 2008.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA: Princípios sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em Relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero. Tradução para o português: Jones de Freitas Disponível em: < http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf > 2007. Acesso em: out. 2008.

RAGGIO, Armando. **O que é isto: a economia da saúde?** Texto apresentado no VII Congresso Nacional da Rede Unida. Curitiba: jul. 2006. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_econsaude_armando_raggio.pdf >. Acesso em: 25 mai. 2009.

REIS, Fernando Marcos dos; CAMARGOS, Aroldo Fernando; ALDRIGHI, José Mendes. Anticoncepção na Lactação. *In*: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). **Anticoncepção: aspectos contemporâneos.** São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.135-137.

RESSÉGUIER, Jean-Paul. **A noção de escuta e a harmonização do corpo sensível.** [S.l.: s. n.], Dez. 1988.

RODRIGUES, Marlene Teixeira. O sistema de justiça criminal e a prostituição no Brasil contemporâneo: administração de conflitos, discriminação e exclusão. **Sociedade e Estado.** [online]. 2004, v. 19, n. 1, pp. 151-172. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922004000100007&lng=en&nrm=iso > Acesso em: 18 nov. 2008.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher.** RJ: Ed. FIOCRUZ, 2001

ROSAS, Cristião Fernando. Laqueadura Tubária: Aspectos Médicos e Ético-Legais. *In*: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). **Anticoncepção: aspectos contemporâneos**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.171-186.

ROSENBERG, M. J.; GOLLUB, E. L. Commentary: Methods Women Can Use That May Prevent Sexually Transmitted Disease, Including HIV. **American Journal of Public Health** 82:1473-1478, 1992.

ROSSI, A. S. **Fatores associados às opções reprodutivas de mulheres vivendo com HIV**. 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica**.** v. 41, n. 3. Araçatuba: **Rev. Saúde Pública**, 2007. p. 472 – 477.

SANGI-HAGHPEYKAR, H.; POINDEXTER, A.; BATEMAN, L. Consistency of *Condom* use among user of infectable contraceptives. **Family Planning Perspectives** 29: 67-69, 1997.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida de uma mulher. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SILVA, Maria Cecília Pereira da. Características da sexualidade infantil de zero a seis. In: SILVA, Maria Cecília Pereira da.(Org.). **Sexualidade começa na infância.** 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. cap. 3, p. 51-72.

SPEROFF, Leon; GLASS, Robert H.; KASE, Nathan G. **Endocrinologia Ginecológica Clínica e Infertilidade**. 5. ed. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1995. 1069 p.

TAQUETTE, Stella et alii. **Mulher adolescente/jovem em situação de violência.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007. 178 p.

TOLOSA, Hérbene Antonio de. **A menopausa**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2001. – (Conhecer e Entender).

UNAIDS. **Overview of the Global Aids Epidemic. Report on the global AIDS epidemic**. [online]. 2006. Disponível em: < http/: //data.unAids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH02_en_pdf > Acesso em: 17 jan. 2009.

USP. Núcleo de Estudos de Violência da Universidade de São Paulo. Comissão Teotônio Vilela de Direitos Humanos. **3º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil – 2002-2005.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

VAN DAM, C. HIV, STD and their current impacto n reproductive health: the need for control of sexually transmitted diseases. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**. 1995, 50(Sup.2): 121-129.

VENTURA, Miriam (Org.). **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Perspectiva dos Direitos Humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito.** Rio de Janeiro: Advocaci, 2003. 120 p.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** Brasília: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2004. 196 p.

VILLELA, W. Práticas de saúde, gênero e prevenção de HIV/AIDS. *In*: **II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS**. GALVÃO, J.; BARBOSA, R.; PARKER, R. (organizadores). Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1997. p. 66-72.

VILLELA, W.; ARILHA, M. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil.** Campinas-SP: Editora da Unicamp, 2003, p. 95-145.

WESLEY, Y.; SMELTZER, S. C.; REDEKER, N. S.; WALKER, S.; PALUMBO, P.; WHIPPE, B. Reproductive decision making in mothers whif HIV-1. **Health Care Woman Int**, 21:291-304, 2000.

WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikipédia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em: < http://pt.wikipedia.org/wiki/Prostitui%C3%A7%C3%A3o >. Acesso em: 18 nov. 2008.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1971.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy for STI Prevention and Control Meeting.** Geneva. Nov. 2004.

____. **Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections**: **a guide to essential practice.** 2005.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

ANEXOS

ANEXO 1

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça , contra si próprio , contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

2 Agravo/doença — **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS** ☐ **1 - Suspeito 2 - Confirmado** | 3 Data do Notificação

4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código | 7 Data da Ocorrência

Notificação Individual

8 Nome | 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade ☐ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado ☐ | 12 Gestante ☐ *1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado* | 13 Raça/Cor ☐ *1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena*

14 Escolaridade ☐ 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito/Regional municipal

20 Bairro | 21 Geo campo 1 | 22 Geo campo 2

23 Logradouro (rua, avenida,...) | 24 Número

25 Complemento (apto., casa, ...) | 26 Ponto de Referência | 27 CEP

28 (DDD) Telefone | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado ☐ | 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

31 Ocupação — CBO | 32 Estado Civil ☐ 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado judic. 5 - União consensual 9 - Ignorado | 33 Relações sexuais ☐ 1 - Com homens 2 - Com mulheres 3 - Com homens e mulheres

34 Estuda atualmente? ☐ 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado | 35 Tipo de deficiência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Mental ☐ Visual ☐ Auditiva | 36 Natureza da lesão — CID 10

Investigação de Casos Confirmados

Dados da Ocorrência

37 Local de ocorrência ☐☐
01 - Residência
02 - Habitação coletiva
03 - Via pública
04 - Ambiente de trabalho
05 - Escola
06 - Creche
07 - Estabelecimento de saúde
08 - Instituição de longa permanência
09 - Instituição prisional
10 - Bar ou similar
11 - Outros _____
99 - Ignorado

38 UF | 39 Município de Ocorrência | 40 Distrito de ocorrência | 41 Bairro de ocorrência

42 Geo ocorr 1 | 43 Geo ocorr 2 | 44 Endereço de ocorrência (rua, avenida,...) | 45 Número

46 Zona de ocorrência ☐ 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 47 Hora da ocorrência (0 - 24 horas) | 48 Violência de repetição? ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 49 A violência sugere auto-agressão? ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

50 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
☐ Arma branca ☐ Força corporal
☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento/sufocação
☐ Objeto contundente ☐ Outros _____

51 Tipo de violências 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
☐ Física ☐ Sexual ☐ Trabalho infantil
☐ Psicológica / Moral ☐ Exploração sexual ☐ Violência patrimonial
☐ Negligência ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Outros _____

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais — SVS 08/08/2005

Dados do Agressor

52 Número de envolvidos
1 - Um
2 - Dois ou mais
9 - Ignorado

53 Relação com a vítima
01 - Pai
02 - Mãe
03 - Cônjuge/ companheiro/ namorado
04 - Ex-cônjuge/ ex-companheiro/ ex-namorado
05 - Padrasto
06 - Madrasta
07 - Filho (a)
08 - Outros familiares
09 - Amigo/ conhecido
10 - Cuidador
11 - Pessoa com relação institucional
12 - Patrão/ chefe
13 - Desconhecido
99 - Ignorado

Danos

Danos ocorridos devido ou como consequência da violência / agressão

54 Violência Sexual
1- Sim, com penetração 2 - Sim, sem penetração 3 - Não 9- Ignorado

55 Tipo de penetração
1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Oral Anal Vaginal

56 Houve ejaculação?
1- Sim 2 - Não 9- Ignorado

57 Uso de camisinha?
1- Sim 2 - Não 9- Ignorado

Conclusão

58 Evolução do Caso
1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga
5 - Óbito pela agressão 5 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

59 Se óbito pela agressão, data

60 Procedimento 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado
Profilaxia DST Profilaxia HIV Profilaxia Hepatite B Coleta de secreção vaginal
Contracepção de emergência Coleta de sangue Coleta de sêmen

61 Consequências da ocorrência no momento da notificação
Aborto Gravidez DST Tentativa de suicídio Outros _____

62 Encaminhamento da vítima para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado
Conselho tutelar
Vara da infância / juventude
Delegacia da mulher
Delegacia de proteção da infância e adolescência
Outras delegacias
Casa de proteção / abrigo
Ministério Público
Programa sentinela
Unidade básica de assistência social
Outros _____

Informações complementares e observações

Notificador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Violência doméstica, sexual e/ou violências interpessoais SVS 08/08/2005

ANEXO 2

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996 [21]

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA: Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único – As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I – a assistência à concepção e contracepção;

II – o atendimento pré-natal;

III – a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV – o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V – o controle e prevenção do câncer cervicouterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

---

[21] Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%209.263-1996?OpenDocument>. Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 15.1.1996.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º – É dever do Estado, por meio do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único – Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º – É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional – Mensagem nº 928, de 19.8.1997 <Mensagem_Veto/Mv928-97.htm>)

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por meio da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997 <Mensagem_Veto/Mv928-97.htm>

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997 <Mensagem_Veto/Mv928-97.htm>

CAPÍTULO II

DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997 <Mensagem_Veto/Mv928-97.htm>

Pena – reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único – A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I – durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II – com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III – por meio de histerectomia e ooforectomia;

IV – em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V – por meio de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena – detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena – reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único – Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956 <L2889.htm>.

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena – reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 <../Decreto-Lei/Del2848.htm> – Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I – se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II – se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 <../Decreto-Lei/Del2848.htm> – Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

EQUIPE TÉCNICA

Supervisão Geral:
Claunara Schilling Mendonça - Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Organização:
Nulvio Lermen Júnior – Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Isa Paula Hamouche Abreu – Departamento de Ciência e Tecnologia/SCTIE/MS

Izabeth Cristina Campos da Silva Farias – Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Lauda Baptista Barbosa Bezerra de Melo – Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Samantha Pereira França – Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Equipe de Elaboração:
Ana Cristina Barreto Peixoto Sampaio – Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Ana Sudária de Lemos Serra – Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPE/SAS/MS

Andréa Duarte Lins – Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS/MS

Daniela Gontijo – Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário/DAPE/SAS/MS

Denis Ribeiro – Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS

Fabiane Minozzo – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação/DAB/SAS/MS

Gilmara Lúcia dos Santos – Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e Controle Social/DAGEP/SGEP/MS

Isa Paula Hamouche Abreu – Departamento de Ciência e Tecnologia/Decit/SCTIE/MS

Ivana Drummond Cordeiro – Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS

Izabeth Cristina Campos da Silva Farias – Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

José Ivo dos Santos Pedrosa – Coordenação de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social/DAGEP/SGEP/MS

José Luís Teles – Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPE/SAS/MS

Lauda Baptista Barbosa Bezerra de Melo – Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Marcelo Defaveri – Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPE/SAS/MS

Marden Marques Soares Filho – Coordenação de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social/DAGEP/SGEP/MS

Maria Alice Correia Pedotti – Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS/MS

Regina Rodrigues de Morais – Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Samantha Pereira França – Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Sara Volpato Gominho – Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos/DAB/SAS/MS

Stefanie Kulpa – Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Vera Lopes – Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS

Revisão Técnica:
Marcelo Dala Bernardina Dalla – Associação Capixaba de Medicina de Família e Comunidade

Suzanne Jacob Serruya – Assessora Regional de Saúde Reprodutiva do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP)/Saúde da Mulher e Reprodutiva (SMR) OPS/OMS

Colaboradores:
Antônia Maria Pereira – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Ana Maria Costa – Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS

Cláudia Spinola Leal Costa – Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e Controle Social/DAGEP/SGEP/MS

Daphne Rattner – Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

Espedito Mangueira de Lima – Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS

Gerlaine Torres Martini – Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e Controle Social/ DAGEP/SGEP/MS

Lena Vânia Carneiro Peres – Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

Lidiane Ferreira Gonçalves – Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

Liliane Brun Ribeiro – Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

Luciana Nunes Fonseca – Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

Maria Vilma Bonifácio de Almeida – Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e Controle Social/DAGEP/SGEP/MS

Paulo Morais – Departamento de Atenção Básica/ SAS/MS

Raimunda Nonata Mesquita Formiga – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Rubens Wagner Bressanin – Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Samara Kielmann Almeida dos Reis – Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência – DAPE/SAS/MS

Tatiana Lionço – Assessoria do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/SAS/MS

Thereza de Lamare – Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPE/ SAS/MS

Arte-final e diagramação:
Eward Siqueira Bonasser Junior

Impresso por:

)()()()()()()(- Gráfica e Editora

ISBN 000-00-000-0000-0

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL